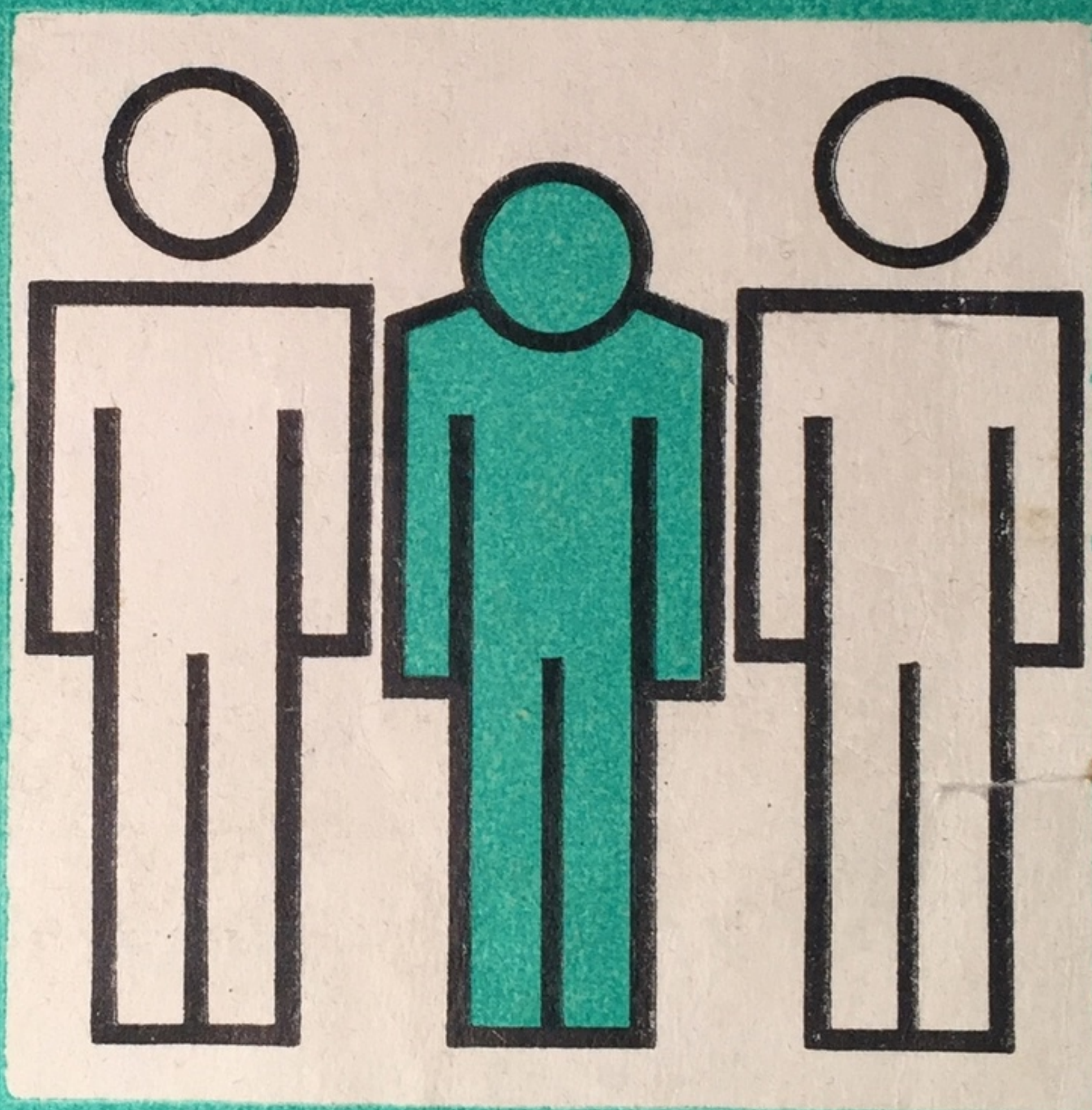


56.14

В. В. Николаева

# ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ



ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МОСКОВСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА



КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТОК  
СРОКОВ ВОЗВРАТА  
ДОЛЖНА БЫТЬ

ХРО

Н

ЭЛЕМЕНТЫ  
ТАБЛИЧНОГО  
ПОСТРОЕНИЯ



Крив. 4/26  
W

В. В. Николаева

# ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ

Психологическое  
исследование

ПОГАШЕНО 7 ОКТ 2022

W 84729-1

БИБЛИОТЕКА № 134  
ТАГАНСКОГО Р-НА  
А Б О Н Е М Е Н Т

ОБАС

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МОСКОВСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА

1987

БИБЛИОТЕКА № 134  
ТАГАНСКОГО Р-НА  
А Б О Н Е М Е Н Т



56.14

Н-62

## Рецензенты:

Б. В. Зейгарник, доктор психологических наук  
М. А. Карева, кандидат психологических наук

Печатается по постановлению  
Редакционно-издательского совета  
Московского университета

В монографии исследуется влияние хронического соматического заболевания на психику. Формулируются общие принципы психологического изучения соматически больных, особое внимание обращается на анализ психологических закономерностей изменения психики. Рассматривается широкий круг вопросов, относящихся к психологии хронически больных: описываются особенности их познавательной деятельности, дается характеристика различных типов отношения к болезни, проводится психологический анализ изменений личности больных, предлагаются рекомендации по психологической диагностике и коррекции состояния больных.

Адресована психологам, медицинским работникам различного профиля, а также всем интересующимся проблемами медицинской психологии.

## МОНОГРАФИЯ

Валентина Васильевна Николаева

## ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ

Психологическое исследование

Зав. редакцией Г. С. Прокопенко. Редактор Г. П. Баркова. Обложка художника В. Б. Гордона. Технический редактор Г. Д. Колоскова. Корректоры Л. А. Айдарбекова, Т. С. Милякова

ИБ № 2455

Сдано в набор 15.10.86. Подписано в печать 02.04.87. Л-63174.  
Формат 84×108/32. Бумага тип. № 3. Гарнитура литературная. Высокая  
печать. Усл. печ. л. 8,82. Уч.-изд. л. 9,27. Тираж 38 370 экз. Заказ 505.  
Цена 55 коп. Изд. № 4247

Ордена «Знак Почета» издательство Московского университета. 103009,  
Москва, ул. Герцена, 5/7. Типография ордена «Знак Почета» изд-ва МГУ.  
119899, Москва, Ленинские горы

Н 0304000000—066  
077(02)—87 70—87

© Издательство Московского  
университета, 1987



# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	3
<b>Глава I</b>	
<b>ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ . . . . .</b>	
§ 1. Психосоматический подход в медицине . . . . .	
§ 2. Основные принципы психологического анализа изменений психики у больных хроническими соматическими заболеваниями . . . . .	
<b>Глава II</b>	
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ . . . . .</b>	
§ 1. Из истории изучения проблемы . . . . .	
§ 2. Характеристика познавательной деятельности больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) . . . . .	
§ 3. Особенности познавательной деятельности больных портальной гипертензией . . . . .	50
<b>Глава III</b>	
<b>ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ . . . . .</b>	69
§ 1. О понятии «внутренняя картина болезни» . . . . .	69
§ 2. Состояние вопроса в психологической литературе . . . . .	81
§ 3. Влияние ситуации сложного лечения на динамику внутренней картины болезни . . . . .	83
§ 4. Влияние косметического дефекта на структуру внутренней картины болезни . . . . .	104
<b>Глава IV</b>	
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ . . . . .</b>	118
§ 1. Изменения мотивации деятельности у больных хроническими заболеваниями . . . . .	120
§ 2. Особенности временной ориентации мотивационной сферы у больных . . . . .	134
§ 3. Некоторые особенности личности подростков, страдающих тяжелым соматическим заболеванием . . . . .	139
Заключение . . . . .	151
Литература . . . . .	155



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Сохранение и укрепление здоровья человека — одна из центральных задач, успешно решаемых советским обществом на всех этапах его исторического развития. «Все во имя человека, все для блага человека», — провозглашает и новая программа Коммунистической партии Советского Союза, принятая на XXVII съезде партии. Гуманистическая устремленность советского общества нашла отражение во всех материалах XXVII съезда КПСС. Обращенность к человеку является главной отличительной особенностью всех документов съезда. С активизацией человеческого фактора партия связывает решение намеченных планов развития социалистического общества. Необходимость радикальных перемен, резкого ускорения социально-экономического развития, на которые нацеливают советское общество документы партийного съезда, требуют активного вовлечения человека в научно-технический прогресс. Человек при этом остается основной производительной силой, а физическое и психическое здоровье населения — основой успешности решения поставленных перед обществом задач. Труд может нормально осуществляться только в том случае, если, как отмечал К. Маркс, работник может применять свою рабочую силу с определенной степенью силы, здоровья и жизнеспособности, и какие бы виды деятельности ни выполнял человек, они «являются прежде всего функциями человеческого организма», т. е. требуют затрат «человеческого мозга, нервов, мускулов, органов чувств» (К. Маркс, Ф. Энгельс. — Соч. — Изд. 2. — Т. 49. — С. 173—174). Человек как производительная сила общества должен обладать, таким образом, не только суммой знаний и опытом, но и здоровьем. Заболевания, ослабляющие физические и духовные способности человека, ведут к снижению производительности труда и тем самым к экономиче-



ским потерям общества. Здоровье человека является залогом не только благосостояния общества, но и состояния его духовной жизни, оптимизма, творчества, т. е. основой решения поставленной КПСС задачи активизации резервов, связанных с человеческим фактором.

Поэтому наша партия считает делом первостепенной важности разработку мер по укреплению и охране здоровья людей — главной ценности социалистического общества.

Одной из отраслей науки, которая может в значительной степени способствовать решению этой задачи, является медицинская психология. Она ориентирована на изучение роли психических факторов в происхождении, течении и лечении различных заболеваний.

Хронические соматические заболевания и относятся к числу тех факторов, которые способствуют стойкому снижению трудоспособности, приводят нередко к преждевременной инвалидизации. При этом одной из причин падения работоспособности могут быть изменения психики, возникающие у заболевших. Рассмотрению воздействия ряда заболеваний с хроническим течением на психику человека и посвящена данная работа.

О влиянии хронических соматических заболеваний на психику известно давно. Это знание нашло отражение в классической формуле медицины: в здоровом теле — здоровый дух. Во многих работах врачей прошлого и наших современников мы находим описания тех изменений психики, которые возникают у больных, страдающих хроническими соматическими заболеваниями. Судя по имеющимся в литературе данным и результатам клинических наблюдений спектр возможных изменений психики у заболевших чрезвычайно широк. Это прежде всего негативные эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния больных: страх, депрессия, тревога, раздражительность, появляющиеся у человека на разных стадиях течения болезни и ее лечения. Это и описанные в литературе невротические и астенические состояния, развившиеся на фоне соматической болезни. Это и переживания, вызванные последствиями болезни, изменением трудоспособно-



сти, семейного положения, всего социального статуса больного человека. И наконец, это стойкие, иногда трудно преодолеваемые перестройки всей личности больного, выражающиеся в формировании в условиях болезни аномальных и эгоцентрических установок, защитных и компенсаторных личностных образований, изменении жизненной направленности и самосознания больного.

Все названные феномены до последнего времени были в основном предметом исследования самих врачей. При этом большой вклад в изучение психических изменений у соматических больных внесли психиатры. В зарубежной медицине в разработке данной проблемы активное участие принимали и психологи. Однако их методологические и теоретические позиции базировались главным образом на идеях психоанализа, экзистенциализма и других философских и общепсихологических концепций, популярных в зарубежной психологии ряда капиталистических стран. Многие исследования проводились в русле так называемого психосоматического направления в медицине, ориентированного преимущественно на психоанализ, а в последнее десятилетие эклектически дополненного идеями, взятыми из других психологических концепций.

Внимание советской психологической науки до самого последнего времени было обращено главным образом на исследование проблем психиатрической клиники и нейропсихологическое изучение больных с локальными поражениями мозга. Только в последнее десятилетие развернулся широкий фронт психологических исследований в области соматической медицины. В настоящее время наиболее интенсивно ведется психологическая работа с больными в области кардиологии и онкологии.

Однако и до настоящего времени наблюдается явное преобладание в этой области психиатрических работ, использующих теоретический и методический арсенал современной медицины и ориентированных на сугубо клиническую квалификацию наблюдаемых феноменов. В то же время развитие психопрофилактического и реабилитационного направлений в медицине делает все более актуальной задачу изучения психологической природы многих наблюдаемых и



описываемых явлений, относящихся к изменениям психики у соматически больных. На современном этапе развития медицины становится все более очевидным, что научно обоснованное и эффективное ведение психопрофилактической и психокоррекционной работы с больными возможно лишь с учетом знания внутренних психологических закономерностей изменений психики больных в условиях соматического заболевания, особенностей формирования тех или иных изменений психики. Получению полноценных научных данных о влиянии хронической соматической болезни на психику может способствовать применение современного теоретического и методического потенциала советской психологии, в частности, тех идей, которые заложены работами советской психологической школы Выготского, Леонтьева, Лурья, Зейгарник.

В монографии обобщен многолетний опыт работы автора и коллектива руководимых им соискателей и студентов кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ: Р. А. Аблимичитова, Г. А. Ариной, Г. И. Калашниковой, О. А. Копыл, Т. Ф. Косонен, И. С. Михайловой, Т. Н. Муладжановой, М. М. Орловой, О. П. Прокофьевой и др. Автор считает приятным долгом выразить глубокую благодарность всем им, особенно своему учителю в области психологии и патопсихологии профессору Б. В. Зейгарник, а также сотрудникам кафедры психиатрии и медицинской психологии Университета дружбы народов им. П. Лумумбы во главе с заведующей кафедрой профессором М. В. Коркиной за постоянную помощь в работе.



## ГЛАВА I

# ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ

В настоящее время в медицине значительно возрос интерес к психической сфере больных, страдающих различными соматическими заболеваниями. Советская медицина при изучении болезней исходит из признания единства соматического и психического, организма и личности во всей сложности их соотношений. Этой проблеме в прошлом уделяли большое внимание крупнейшие русские врачи М. Я. Мудров (1949), С. П. Боткин (1950), Г. А. Захарьин (1909), Р. А. Лурия (1944) и другие. На современном этапе медицина уже не может ограничиваться только эмпирическими данными, относящимися к индивидуализации лечения. Требуется не только провозглашение принципа целостного подхода, но и его теоретическая и конкретно практическая разработка. Без психологических знаний в решении этих вопросов не обойтись: «Назрело время разработки принципов и организационных основ для создания системы психологической службы в области здравоохранения» (А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков. — М., 1978. — С. 35). Фундаментальной для данной области исследований остается психосоматическая проблема, которая до последнего времени разрабатывалась в русле психоаналитически ориентированных исследований психосоматической медицины. Исследователями этого направления собраны обширные и интересные данные. Однако неудовлетворительными являются не только представления о природе психосоматических отношений, но и сами факты. Справедливо отмечает Ф. В. Бассин (1970, 1978), что остается проблемой поиск фундаментальных фактов, в реальности которых не было бы сомнений.



Мы не ставим перед собой нереальной в рамках настоящей работы задачи оценки психосоматического направления в целом (так же как и анализа современного состояния этой проблемы). Данную главу книги предполагается посвятить краткому рассмотрению лишь некоторых аспектов проблемы, а также определению основных подходов и принципов психологического изучения влияния хронической болезни на психическую деятельность человека.

Соматическое и психическое, хотя и являются качественно различными явлениями, но реально представляют собой лишь различные стороны единого, живого, конкретного человека. И отрывать эти стороны друг от друга в исследовании такой проблемы, как проблема болезни, представляется принципиально неверным. На это еще в 30-х годах нашего столетия указывал видный советский клиницист Р. А. Лурия в своей книге «Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания» (1944, 1977), которая выдержала уже четыре издания и имеет огромное значение для понимания многих явлений и сейчас.

На единство психического и соматического указывают и многие современные отечественные исследователи: Г. В. Морозов и М. С. Лебединский (1972), Ф. В. Бассин (1970, 1972), Г. И. Царегородцев и Г. Х. Шингаров (1972) и многие другие.

Много внимания уделяет проблеме психосоматических соотношений Ф. В. Бассин (1968, 1970, 1972). Он разрабатывает так называемый психосоматический подход к проблеме развития и преодоления болезни, который характеризуется рассмотрением патологических явлений с учетом целостности человека в условиях болезни. Ф. В. Бассин подчеркивает: «Психосоматический подход — это не частная, хотя и важная медицинская проблема, а скорее один из двух больших аспектов общей концепции болезни, только правильное сочетание которых может лечь в основу методологически адекватной трактовки клинических феноменов» (1970. — С. 18).

Перейдем к рассмотрению отдельных аспектов проблемы психосоматических взаимоотношений. Прежде всего в общей проблеме психосоматических взаимоотношений выделим два больших аспекта: 1. Влияние психических факторов на соматическую



сферу человека; 2. Влияние соматических факторов на психику человека.

Рассмотрим эти аспекты более подробно.

## § 1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНЕ

*Роль психического фактора в происхождении заболеваний.* Психосоматическая проблема имеет такую же длительную историю развития, как и медицина в целом. Однако парадокс в изучении психосоматической проблемы состоит в том, что знание о ней существует очень давно, а концептуальный характер эти идеи начали приобретать сравнительно недавно. Достаточно отметить, что сам термин «психосоматика» возник в 1818 г. (R. Heinroth). Вместе с тем еще у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке общей концепции болезни: первая — гиппократическая школа Косса; вторая — школа первых анатомов Книда. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью; вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то определенной материальной структуры. Исходные формулы оценки болезни и больного при этом различны. В первом случае — «человек болен», во втором — «у человека есть болезнь». Это противопоставление (патология органа или патология отношения) проходит через всю историю медицины. В связи с открытиями в XIX в. в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии, утверждением принципа клеточной патологии Вирхова, в котором модель болезни основывалась на патологии органа, второе направление взяло верх. Психосоматическая медицина и возникла как своеобразная реакция на узкий, локалистический подход в медицине.

Виттковер и Уорнс (Wittkower, Warnes, 1978) называют трех ученых, с чьими именами связано становление психосоматической медицины как научной дисциплины: Фрейд, Павлов, Кеннон.

Теория Фрейда оказалась привлекательной по нескольким причинам: во-первых, тем, что в качестве одного из основных постулатов содержала утверждение связи психического и телесного, биологического (хотя эта связь была фактическим сведением



психического к биологическому); во-вторых, психоанализ определил психический патогенный «агент» — аффект, аффективный конфликт; и наконец, психоанализ предложил механизм, связующий две реальности — психическую и телесную, это механизм символической конверсии. Он означает, что существует якобы «логически понятная» связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами (Бассин, 1969, 1970, 1971, 1978). Жюлифф (Jilliffe, 1939) так сформулировал закон построения клинических синдромов: возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения проявляться через расстройство функции органа. Если эта тенденция — конверсия на орган — обратима, то речь идет об истерии; если же она не поддается обратному развитию, то возникающие нарушения приобретают все черты, характерные для органического процесса.

Поиск содержательной, логической, однозначной связи между психологическими феноменами и клиническими симптомами получил позже название «гипотезы психосоматической специфичности» и превратился в основной объяснительный принцип психосоматической медицины. За прошедшие десятилетия этот принцип претерпел ряд изменений, явившихся отражением как пересмотра самого понятия причины болезни, так и дискредитации ортодоксального психоаналитического подхода. На данном этапе психосоматическая медицина решает три важных вопроса.

1. Вопрос о триггерном (пусковом) механизме патологического процесса и начальной стадии его развития.

2. Вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает ярко выраженную эмоциональную реакцию и комплекс специфических вегето-висцеральных сдвигов, у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют.

3. Вопрос о том, почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других — пищеварительного аппарата, у третьих — дыхательной системы, у четвертых — эндокринной системы и т. д.

Концепция конверсии на орган решала эти вопро-



сы так: пусковой механизм — психодинамический сдвиг, аффективный конфликт; причины индивидуальных различий в реагировании — защитные механизмы, «сила Я»; поражение той или иной системы органов зависит от содержания бессознательного конфликта (например, артроз сустава пальца, возникший после того, как человек набирал номер телефона, ожидая неприятного разговора). Неофрейдисты рассматривали психосоматическое заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде.

Данбар (Dunbar, 1943) и Александер (Alexander, 1950) подвергли сомнению символическое значение психосоматической дисфункции, считая ее сопутствующей аффекту. Если эмоция не получила соответствующего выражения, то хроническое напряжение выливается в хронические сопутствующие вегетативные сдвиги. Данбар (Dunbar, 1938) изучила большое число больных с органическими нарушениями и заметила значительное сходство в личностных профилях больных одной нозологии. Она описала «язвенную личность», «коронарную личность», «артрическую личность» и т. д. Она считала, что эти профили имеют диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Таким образом, уже не просто содержание аффективного конфликта оказывалось специфичным для определенной болезни, а взаимодействие определенных личностных факторов и эмоциональных конфликтов. Концепция «констелляции личностных черт» Данбар открыла широкую дорогу исследованию особенностей личности психосоматических больных. Было замечено, что для этих больных характерны сильная фантазия и недостаточная эмоциональная включенность в объективную ситуацию. Они часто не способны описать тонкие нюансы своих чувств и часто вообще не находят слов для самовыражения. Исследователи отмечают инфантильность людей, страдающих психосоматическими заболеваниями, и приписывают причину заболевания их неспособности управлять символическими процессами в целях коммуникации.

В 1934 г. Александер сформулировал принципы, получившие название «гипотеза специфичности».



1. Психологические факторы, ведущие к соматической болезни, имеют специфическую природу. Они могут быть определены как установки больного по отношению к окружающей среде или к себе самому. Адекватное познание этих факторов возможно только в ходе лечения больного.

2. Сознательные психические процессы играют подчиненную роль в возникновении соматических симптомов, так как они могут быть свободно выражены и реализованы через произвольную систему. Подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальная жизненная ситуация имеет только ускоряющее влияние на болезнь. Понимание причинных факторов должно быть основано на знании развития личности больного. В 1950 г. Александер определил «специфичность» как «физиологический ответ на эмоциональные стимулы, нормальные и патогенные, который варьирует в зависимости от качества эмоций» (цит. по: Pollock, 1978. — С. 233). Каждое эмоциональное состояние имеет свой физиологический синдром. Специфичными для болезни он считал не отдельные психологические факторы, а их психодинамические конstellляции. Элементами комбинированной психологической специфичности являются тревога, подавленные враждебные и эротические импульсы, фрустрация, подчиненные желания, чувства вины и неполноценности.

Позже Александер и его ближайший последователь Поллок, принимая во внимание новые научные и клинические факты, гораздо осторожнее обсуждали этиологическую роль психологических факторов. Поллок поставил уже иную задачу: обнаружить психологические изменения, специфичные для данной болезни, и включить их в систему диагностики. Корреляция между эмоциональными состояниями и физиологическими симптомами уже не выдается им за причинную связь.

Мы видим, что без мистического налета психоанализа психосоматическая проблема вернулась к очень важным для психологии вопросам, поставленным еще теорией эмоций Джемса—Ланге. Джемс определял эмоцию как восприятие телесных изменений (в основном висцеральной природы), произво-



димых стимульной ситуацией. Он рассматривал эмоцию как индивидуальное сознание ощущений, вызываемых такими феноменами, как сердцебиение и прерывистое или быстрое дыхание. Ланге просто свел эмоцию к вазомоторным изменениям во внутренних и железистых органах (Вилюнас, 1976; Изард, 1980). К. Изард так анализирует причины неверной оценки роли висцеральной системы в эмоциональном процессе: «Изменения висцеральной деятельности обычно... требуют большего внимания индивида, чем импульсы, исходящие от лица, легче сделать вывод, что они-то и являются реальной «причиной» эмоции или, по крайней мере, частью эмоционального процесса. Другая причина состоит в том, что осознание изменения выражения лица или мимической обратной связи фактически совпадает во времени с осознанием субъективного переживания специфической эмоции» (1980. — С. 66).

Не случайно Поллок (1978) в качестве одного из основоположников концепции специфичности называет Ч. Дарвина. Имеется ряд фактов, свидетельствующих о врожденности и генетической обусловленности так называемых фундаментальных эмоций. При этом психосоматические заболевания трактуются как результат нарушения корковой интеграции нейронного и экспрессивного компонентов эмоций (Изард, 1980). Все больший вес приобретают идеи о мультикаузальности, полигенетичности клинических синдромов. Однако, как это ни парадоксально, с утверждением в 60-х годах этих идей, критикой психоаналитического подхода нарастает, если так можно выразиться, депсихологизация исследований психосоматической медицины. Психоаналитическую трактовку субъективных феноменов заменить нечем, поэтому растет число медико-биологических, микробиологических, нейрофизиологических и т. д. исследований, а проблема яснее не становится. Поэтому можно сказать, что, несмотря на впечатляющие указания на новые горизонты психосоматической медицины, это направление в настоящее время переживает глубокий кризис.

В отечественных исследованиях патогенетического влияния психических факторов на соматическое состояние человека основное внимание уделяется про-



блеме ятрогенных заболеваний (Кассирский, 1969; Лурия, 1977; Первомайский и соавт., 1973; Рафалович, 1978; Хромов, 1978; Ташлыков, 1984; и др.). На важность исследования механизмов происхождения ятрогений с целью их предупреждения указал еще в 30-х годах нашего века советский клиницист Р. А. Лурия, который основным источником их происхождения считал негативное влияние врача на психику больного. В настоящее время в связи с бурным прогрессом медицины понятие «ятрогенные заболевания» значительно расширилось. И. А. Кассирский (1969) определяет ятрогении как функциональные и органические болезни, причиной которых является влияние не только врача, но и вообще медицины.

Как мы уже отмечали ранее, попытка построения объяснительной модели влияния психических факторов на развитие и течение соматических клинических синдромов с диалектико-материалистических позиций предпринимается в последние годы Ф. Б. Бассиным (1968, 1969, 1978). Важное отличие его теоретических построений от представлений психосоматической медицины состоит в признании зависимости происхождения и течения болезни от активности отношения человека к окружающему его миру, к себе, к жизни в целом. Активность субъекта рассматривается им с позиций теории установки Д. Н. Узнадзе. Основным детерминирующим фактором в психосоматических отношениях являются, согласно Ф. В. Бассину, тягостные эмоциональные переживания, основным параметром которых является их значимость для субъекта. Какие именно «значащие переживания» выступают как ответственные за появление психосоматических нарушений? По мнению исследователя, на этот вопрос может дать ответ марксистская концепция мотивов деятельности (Л. С. Выготский, Д. Н. Узнадзе, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев). Но наличие тягостных «значащих переживаний» еще не ведет прямо к соматическим нарушениям. Появятся или не появятся соматические изменения в организме в большой степени зависит от таких свойств личности, как «сила Я» и «психологическая защита». На эти феномены впервые было обращено внимание в психоанализе. Но там эти явле-



ния получили неверное теоретическое объяснение. Ф. В. Бассин (1969), используя понятийный аппарат теории установки, дает следующее определение этих феноменов.

«Сила Я» — это способность контроля напряженных, стремящихся к реализации психологических установок. «Сила Я» характеризует степень управляемости, регуляции поведения.

«Психологическая защита» — это форма проявления активности «силы Я». Под «психологической защитой» Ф. В. Бассин понимает специфическое преобразование системы психологических установок, которое возникает вслед за психической травмой и направлено на нейтрализацию тягостных эмоциональных переживаний, в результате чего последствия психической травмы в той или иной мере утрачивают значимость для субъекта, а вместе с тем и свое патогенное влияние. Отмечается, что активность психологических защитных механизмов необходимо связывается с функциями бессознательного.

Итак, теоретический анализ проблемы психосоматических отношений позволил указать на детерминирующие звенья влияния психических факторов на соматическую сферу человека, отметить важность привлечения психологических категорий для объяснения проблемы, указал пути дальнейшего исследования.

Саногенное влияние психического фактора на соматическое состояние составляет особый аспект исследований.

Прежде всего здесь надо отметить, что правильнее говорить о положительном влиянии не на соматическую сферу, а на общее психосоматическое состояние человека. Под этим классом влияний подразумеваются положительные психологические воздействия на течение соматической болезни. Сюда входят прежде всего психотерапия, на важность которой обращают внимание почти все исследователи, занимающиеся изучением психики соматических больных; установка человека на борьбу со своей болезнью; положительное влияние социального окружения на течение заболевания. Конечно, основными факторами, имеющими наибольшее значение в комплексном лечении больных, являются защитные и компенсаторные возможности заболевшего, его отно-



шение к болезни, реакции на нее, так как многие проявления болезни в конечном счете зависят именно от собственных установок, мотивов личности больного. На этом вопросе мы остановимся более подробно в последующих главах.

*Влияние соматического состояния на психику человека.* Это влияние может быть как патогенным, так и саногенным. Наибольшее значение представляет для нас патогенное влияние соматического состояния на психику человека, под которым подразумевается не что иное, как нарушения психической деятельности человека в условиях соматической болезни. О том, что при любом заболевании страдает не только печень, сердце, легкие и т. д., а человек в целом, а значит, и его душа, было известно всем народам (Бассин, 1968, 1970, 1978). Интуитивно любой человек знает о зависимости состояния духа от состояния тела. Но научная разработка этой проблемы началась совсем недавно. И сейчас все большее внимание обращают на эту проблему многие исследователи: психологи, медики, философы. В отечественной литературе появилось множество работ, посвященных исследованию психики больных, страдающих самыми различными соматическими заболеваниями: сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными, легочными, почечными и другими (Акжигитов, Виноградов, 1974; Бангевиц, 1973; Березин, Богословский, Михайлов, 1978; Березин, Ротенберг, 1978; Виноградов, 1978; Ганелина, Дерягина, Краевский, 1978; Герасименко и др., 1974, 1975; Зайцев, 1973; Зайцев и др., 1978; Карвасарский, 1980; Ковалев, 1974; Рожнов, 1969; Судаков, 1976; Цивилько, 1977; и мн. др.). Что же на сегодняшний день известно в самых общих чертах о влиянии соматических болезней на психическую сферу человека? Является достаточно установленным, что имеются два вида патогенного влияния соматической болезни на психику: соматогенный (посредством интоксикационных воздействий на ЦНС) и психогенный (острая реакция личности на заболевание и его последствия) (Зикеева и др., 1978; Ковалев, 1974; Зайцев и др., 1978; и др.). Конечно, реально они представлены в единстве нарушений психики под влиянием соматического заболевания, но выделение этих двух видов необ-



ходимо, так как соматогенный и психогенный компоненты представлены во влиянии на психическую сферу в различных соотношениях в зависимости от нозологии. Так, например, особенно большую роль играют соматогенные влияния в генезисе психических нарушений при заболеваниях почек (Зикеева, 1974; Цивилько, 1977; Коркина и др., 1980; Муладжанова, 1983), при врожденных пороках сердца (Ковалев, 1974). Но надо признать, что интоксикационные воздействия на ЦНС наблюдаются лишь в случае отдельных соматических заболеваний, тяжелых формах болезней и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психогенная — тяжелая психологическая реакция личности на болезнь и ее последствия. Здесь возникают проблемы: формирование внутренней картины болезни при различных соматических заболеваниях, ее влияние на изменение (нарушение) личности, преодоление психических нарушений, реабилитация соматических больных и другие. Именно этот аспект проблемы психосоматических взаимоотношений — патогенное влияние соматической болезни на психическую сферу человека — и является предметом рассмотрения в последующих главах.

Следует остановиться также еще на одном важном механизме взаимоотношений между психикой и сомой — так называемом механизме «замкнутого круга». Сущность проявления этого механизма заключается в том, что нарушение, возникающее первоначально, скажем, в соматической сфере (но, возможно, и в психической), вызывает психопатологические реакции, а последние являются причиной дальнейших соматических нарушений. Так по «замкнутому кругу» и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания. На важную роль феномена «замкнутого круга» указывается исследователями как в связи с происхождением психосоматических заболеваний («Бессознательное», 1978), так и в связи с генезисом психических нарушений в условиях соматических заболеваний. Тесно и причудливо переплетаются психические и соматические патогенные факторы в генезисе скрытых эндогенных депрессий,



единый симптомокомплекс которых включает в себя переплетение психических и псевдосоматических нарушений (Ануфриев, 1978). По-видимому, механизм «замкнутого круга» следует признать универсальным для психосоматических взаимовлияний разного типа.

В совместной работе с Р. А. Аблимичитовым (1982) мы попытались представить все рассмотренные аспекты проблемы психосоматических взаимоотношений в единой схеме (рис. 1).

В этой схеме может привлечь внимание нетрадиционный для научного исследования аспект — саногенное влияние соматической сферы на психику человека. Обнаруживается ли это влияние в реальности или является только теоретической абстракцией? Если обратиться к рассмотрению выздоравливающих

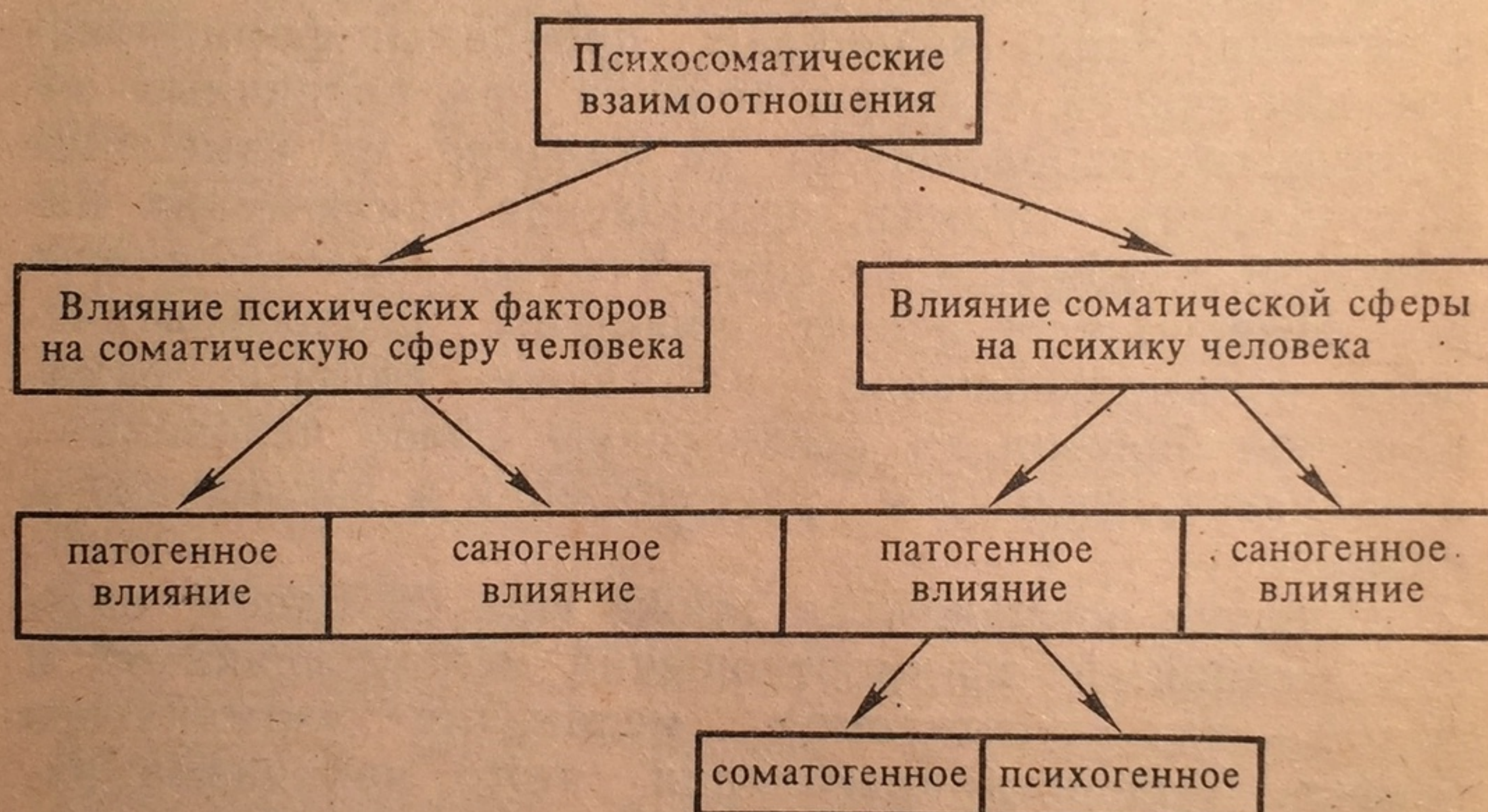


Рис. 1. Схема психосоматических соотношений

после тяжелого соматического заболевания, то в ряде случаев можно видеть, как их настроение, самочувствие меняются с каждым днем в лучшую сторону. А разве не находим мы яркого подтверждения этого влияния в том факте, что физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. Даже можно, по-видимому, в ряде случаев говорить о «внутренней картине здоровья» и ее влиянии на психическую сферу человека. Кроме приведенных фактов, в необходимости выделения этого аспекта психосоматических взаимоотношений



убеждают механизм «замкнутого круга», а также представление о единстве и неразрывности психического и соматического в человеке.

Таким образом, данная схема позволяет не только представить все возможные стороны психосоматических взаимоотношений, но и указать новые пути исследования психосоматической проблемы.

## **§ 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ИЗМЕНЕНИЙ ПСИХИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Одним из фундаментальных методологических принципов, которому следует советская психология с первых лет своего существования, является принцип анализа психики в ее развитии, становлении. Не случайно поэтому такое большое внимание советские исследователи проявляют к проблемам онтогенеза психики и ее патологии. Именно исследование процесса формирования психики и ее распада при различных заболеваниях позволяет обратиться не только к констатации наличного, актуального уровня психического развития субъекта, но и проследить закономерности становления психологических новообразований, постепенного усложнения и обогащения психики человека на различных этапах онтогенеза или, наоборот, в случае патологии — рассмотреть механизмы и закономерности распада психики. Последний, как следует из многочисленных работ в области патопсихологии, не есть негатив развития, а представляет собой качественно особый процесс (Выготский, 1983; Зейгарник, 1962, 1969, 1976; Лебединский, 1985; и мн. др.).

Остановимся на кратком изложении некоторых наиболее важных, с нашей точки зрения, принципов, которые могут стать в дальнейшем основополагающими при анализе изменений психики у больных хроническими соматическими заболеваниями.

Одним из наиболее важных положений, традиционно разрабатываемых в советской психологии, является положение о том, что развитие психики, состоящее в ее обогащении и усложнении, не есть некий стабильный и непрерывный процесс. Развитие психики представляет собой прерывистый про-



цесс, чреватый кризисами. Понятие «кризис развития» использовано Л. С. Выготским еще в 30-х годах нашего столетия (Выготский, 1983) для понимания переходных периодов в развитии психики ребенка. Согласно Л. С. Выготскому, кризисы развития возникают на стыке двух возрастов и означают собой завершение предыдущего этапа развития и начало перехода к следующему. Накапливающиеся на каждом возрастном этапе онтогенеза психологические изменения подготавливают переход на новый уровень психического развития, а новообразования каждого предыдущего периода развития становятся основой для формирования психики на следующем этапе. В детской психологии чаще всего упоминаются кризисы развития в периоды 3, 7 и 12—16 лет. (Кризис подросткового возраста наиболее часто является предметом исследования психологов.)

Другим положением, тесно связанным с представлением о «кризисах развития», является выдвинутый Л. С. Выготским тезис о «социальной ситуации развития». Еще в 1932—1934 годах Л. С. Выготский ввел в психологический обиход это понятие в качестве исходного момента анализа при рассмотрении динамики психического развития ребенка. «Социальная ситуация развития», в понимании Л. С. Выготского, не есть просто среда, т. е. то, что находится вне человека в виде совокупности объективных внешних факторов развития, не есть просто обстановка развития, а представляет собой совершенно особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, типичное для каждого возрастного периода. Оно обуславливает как все психическое развитие на этом этапе, так и психологические новообразования, возникающие в это время.

Распад уже сложившейся социальной ситуации развития и возникновение новой есть основное содержание кризисных периодов развития. Л. С. Выготским, а в дальнейшем его учениками и последователями (А. Н. Леонтьев, 1959; Л. И. Божович, 1968; и др.) разработаны схемы анализа психического развития в отдельные возрастные периоды. Этот анализ предполагает выявление ряда важных моментов: а) характеристику уже сложившейся социальной ситуации развития, ее основных внутренних противоре-



чий; б) процесс становления в ее недрах новой социальной ситуации развития; в) анализ основных психических новообразований, возникающих в этот период.

Рассматривая кризисы развития как некоторые закономерные переходные периоды формирования психики, Л. С. Выготский, а затем и его ученики специальное внимание уделяют характеристике тех перемен, которые возникают в жизни ребенка в эти периоды.

Они отмечают, что расширяется круг знаний ребенка о мире, обогащаются операциональный и смысловой аспекты его деятельности. Новые возросшие возможности ребенка вступают в противоречие с уже сложившимся уровнем требований к нему, с тем объективным местом, которое он занимает в жизни. Это основное противоречие находит выражение в общем контуре поведения ребенка. В частности, Л. И. Божович (1968) отмечает, что в кризисные периоды развития изменяется все поведение детей: они становятся раздражительными, непослушными, конфликтными, иногда агрессивными по отношению к окружающим людям. Эти эмоциональные реакции являются свидетельством внутренней неудовлетворенности детей, фрустрации у них важных потребностей, сформировавшихся к концу предшествующего этапа психического развития. С каждым новым периодом развития существенно меняется место, которое ребенок начинает занимать в жизни, в системе общественных отношений, и в этой связи изменяется «внутренняя позиция» ребенка по отношению к окружающему миру, людям и самому себе. Совершается тот перелом, который А. Н. Леонтьев (1959) называет переходом к новой ведущей деятельности, имеющей свою содержательную специфику на каждом возрастном этапе онтогенеза. Последнее и является тем основным моментом в развитии, с которым связаны дальнейшее усложнение и обогащение психики ребенка и становление новых особенностей его личности.

Следующее положение, на характеристике которого мы считаем необходимым остановиться, это представление о личности, разработанное в школе Выготского — Леонтьева — Лурия.



Согласно представлениям А. Н. Леонтьева, личность — относительно поздний продукт онтогенетического развития ребенка, так как для того, чтобы стать личностью, необходимы установление достаточно широких связей с миром, выработка собственного отношения к миру в целом, отдельным его элементам. Основу личности составляет иерархизированная система деятельностей и стоящих за ними мотивов. Поскольку соотнесение мотивов друг с другом возникает лишь на определенной ступени развития человеческого индивида, то и личностью человек становится относительно поздно. А. Н. Леонтьев выделяет три основных параметра личности: 1) широта связей человека с миром; 2) степень иерархизированности мотивов; 3) общая структура личности.

Согласно А. Н. Леонтьеву, факторы физического порядка в характеристику личности не входят, а являются лишь условиями, предпосылками формирования и изменения личности в том или другом направлении. А. Н. Леонтьев указывает, что «в исследовании личности нельзя ограничиваться выяснением предпосылок, а нужно исходить из развития деятельности, ее конкретных видов и форм и тех связей, в которые они вступают друг с другом, так как их развитие радикально меняет значение самих этих предпосылок» (1975. — С. 186).

Мы остановились на характеристике некоторых основных понятий и принципов анализа психического развития в онтогенезе в связи с тем, что эти положения в полной мере, по нашему мнению, могут быть использованы при анализе изменений психики человека, возникающих в условиях хронического соматического заболевания. Отметим в этой связи также, что специальных психологических исследований, рассматривающих развитие психики (в частности, личности) взрослого человека, крайне мало (Анцыферова, 1981; Зейгарник и Братусь, 1980). В них, в частности, отмечается, что развитие взрослого человека подчиняется тем же закономерностям, что и развитие ребенка. Кризисы развития у взрослого человека также возможны, они предшествуют переходу на новую ступень развития или возможному возрастному обеднению и оскудению психики. Их содержание составляет также социальная ситуация развития.



Главное в ней — накопление противоречий в уже сложившейся актуальной социальной ситуации развития (например, между возможностями и системой смысловых связей с миром, между внешними обстоятельствами и внутренними условиями развития и т. д.). В литературе отмечается (Зейгарник, Братусь, 1980), что кризисы взрослости имеют целый ряд особенностей по сравнению с кризисами развития у детей.

Они не имеют жесткой отнесенности к возрасту, могут быть спровоцированы ситуационно; динамика их протекания может быть также различной: они могут подготавливаться постепенно, но могут возникать и внезапно в случае появления резких изменений в социальной ситуации развития. Общим итогом кризисов развития и у взрослого человека является возникновение ряда психологических новообразований, не свойственных предшествующим этапам развития.

Рассмотрение психических изменений у больных хроническими соматическими заболеваниями мы и предполагаем проводить, опираясь на сложившиеся в советской психологии представления о закономерностях развития психики в норме. Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет прежде всего всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет уровень его психических возможностей осуществления деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, часто по объективным или субъективным причинам приводит к ограничению его деятельности в целом, т. е. меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а тем самым его «внутреннюю позицию» (Божович, 1968) по отношению ко всем обстоятельствам жизни. Рассмотрим более подробно, в чем могут состоять эти изменения.

Прежде всего следует подчеркнуть, что тяжелая соматическая болезнь может изменить биологические условия протекания деятельности. Вследствие соматогенной интоксикации или явлений гипоксии могут измениться операциональные и энергетические возможности осуществления деятельности. Само по себе биологическое изменение организма не входит в содержание социальной ситуации развития, а яв-



ляется, как уже упоминалось ранее, лишь предпосылкой протекания психической деятельности. Однако влияние этого условия сказывается на динамике деятельности, выносливости человека к нагрузкам (физическим и психическим), устойчивости энергетического потенциала деятельности, сохранности ее операционального состава (Зейгарник, Братусь, 1980) и т. д. Все эти собственно психологические последствия влияния биологической вредности (связанной с соматической болезнью) уже могут быть с полным правом включены в содержание социальной ситуации развития, складывающейся в условиях болезни.

Другим важным компонентом социальной ситуации развития соматически больного является то, что человек вступает в новую жизненную ситуацию с уже сформированными в предшествующие периоды особенностями психической организации: определенным уровнем преморбидных познавательных возможностей, мотивационной структурой личности, сложившимся уровнем оценки своих возможностей и ожиданий. Анализ преморбидных особенностей психики (личности больного прежде всего) и составляет еще одно направление анализа социальной ситуации развития больного соматическим заболеванием. (Этому вопросу традиционно уделяется много места в психиатрической литературе.) Болезнь может изменить все перспективы человеческой жизни, характер ее ориентации на будущее. Всякое истинное развитие в то же время предполагает именно направленность в будущее, открытость «перспективы движения». Изменение эскиза будущего — одна из наиболее существенных характеристик новой, складывающейся в условиях болезни, социальной ситуации развития. Как показывает опыт работы с больными, будущее для них часто становится неопределенным, теряет свои четкие очертания, в ряде же случаев перспектива будущего разворачивается перед больными в оскудевшем виде, не соответствующем преморбидно сложившимся планам и ожиданиям. В этом и состоит одно из наиболее драматичных для заболевшего противоречий новой жизненной ситуации.

Еще одним направлением анализа социальной ситуации развития в условиях соматической болезни



является изучение социальных последствий болезни, среди которых важнейшими являются изменения профессионального и семейного статуса человека. Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности (необходимость в смене профессии в связи с заболеванием или переход на инвалидность), превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (например, длительное стационарное лечение). Все это в комплексе сильно изменяет весь психический облик больного.

И наконец, новая социальная ситуация развития становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие которой формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности. Новая социальная ситуация развития может стать источником формирования у человека как психологически позитивных для судьбы развития его личности в целом новообразований (в виде, например, компенсаторных и приспособительных проявлений), так и негативных черт психики с тенденцией к оскудению и обеднению всего психического облика, сужению связей с миром и т. п. Последнее в медицинской литературе квалифицируется в понятиях невротического, психопатоподобного или патохарактерологического развития больного.

Таким образом, для изучения изменений психики соматически больного необходимо рассматривать социальную ситуацию развития в условиях болезни. Основными ее составляющими являются: преморбидные особенности психики; психологические последствия влияния биологической вредности; основные социальные последствия болезни; изменения внутренней позиции больного по отношению ко всей совокупности обстоятельств.

Подобный подход задает не только схему анализа изменений психики, но и выдвигает определенные требования к нему уже на этапе психодиагностического обследования больного. Каковы же эти требования?

Прежде чем обратиться к их характеристике, отметим, что психологическая диагностика больно-



го — обязательный этап работы, на котором решается задача установления или уточнения функционального диагноза.

В советской психиатрии вопрос о функциональном диагнозе был впервые поставлен в работах Т. А. Гейера (1933), Д. Е. Мелехова (1939, 1963), а в последние годы активно разрабатывается в трудах ленинградской школы психиатров и медицинских психологов (В. М. Воловик, 1975, 1977; М. М. Кабанов, 1978, 1981, 1982; и др.). Актуальность разработки проблемы функционального диагноза возрастает в связи с развитием реабилитационного направления в медицине. Как отмечает М. М. Кабанов, «функциональный диагноз, характеризующий аналитико-синтетическую деятельность врача, состоит из трех частей...: клинической, психологической и социальной. Врачу при реабилитационном подходе к больному важно знать не только «название» болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности) и в какой среде (имеется в виду социальная микросреда) эта болезнь возникает. Функциональный диагноз и отвечает на эти вопросы» (1978. — С. 65).

Установление функционального диагноза необходимо для индивидуальной терапевтической работы с больными; более тонкого определения прогноза заболевания; определения прогноза эффективности социотерапевтических и трудотерапевтических мероприятий; определения индивидуализированного пути реабилитации больного как в период пребывания в стационаре, так и после выписки.

Участие психолога в установлении функционального диагноза может преследовать различные цели, о которых необходимо знать, прежде чем приступать к исследованию больного. Эти цели взаимосвязаны, однако на разных этапах работы с больным удельный вес каждой из них различен.

Вместе с тем независимо от этих частных целей психологическая диагностика больных в рамках установления функционального диагноза имеет ряд общих принципиально важных особенностей, отличающих этот род деятельности медицинского психолога от участия, например, в установлении нозологического диагноза.



Остановимся более подробно на их характеристике.

Во-первых, объектом диагностики в этом случае является не только пациент как таковой, но вся та «социальная ситуация развития» (Выготский, 1983), которая сложилась ко времени исследования и в которой разворачивается жизнедеятельность больного. Основные моменты, образующие эту ситуацию: пациент с присущими ему преморбидными особенностями личности, более или менее измененными в ходе болезни (направленность личности, система самооценок, установка на трудовую деятельность, внутренняя картина болезни); ближайшее социальное окружение — семья, круг общения, профессиональный коллектив (в преморбиде изменения в социальном окружении в ходе болезни). Диагностика «социальной ситуации развития» предполагает работу психолога не только с самим больным, но и с членами его семьи, с близкими людьми, представителями трудового коллектива. Основная направленность подобной работы — выявление факторов, прогностически благоприятных и неблагоприятных для судьбы самого больного и течения его болезни в частности.

Во-вторых, при установлении функционального диагноза особенно важна подробная характеристика психической деятельности больного, включающая как описание структуры выявленных изменений, так и в особенности тщательный анализ сохранных звеньев психической деятельности и компенсаторных ресурсов. Особого внимания в ходе работы заслуживают выявление и описание спонтанных способов компенсации дефекта, найденных больным в ходе адаптации к болезни, а также типов психологической защиты, используемых им. Таким образом, психологическая диагностика при установлении функционального диагноза должна ориентироваться не только на выделение ведущего психологического синдрома, но и на качественный анализ сохранных потенциала психической деятельности.

Отмеченные здесь требования к психологической диагностике в рамках установления функционального диагноза в разной степени могут быть конкретизированы при решении более частных вопросов, которые ставит перед психологом клиника.



## ГЛАВА II

### ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ

Проблеме изменений познавательной деятельности при различных заболеваниях посвящено немало исследований в отечественной психологии и патопсихологии. Основное направление этих исследований — изучение познавательной деятельности при различных психических заболеваниях (Б. В. Зейгарник, 1957, 1962, 1976; Ю. Ф. Поляков, 1974; и др.). В некоторых из них рассматривается в общетеоретическом и методологическом аспекте вопрос о месте этих нарушений в общей картине изменений психики, об их роли в становлении патологической симптоматики, об устойчивости развивающихся в ходе болезни изменений познавательной деятельности к терапевтическому воздействию. В подавляющем большинстве работ в качестве предмета экспериментально-психологического изучения выступают нарушения мышления, памяти и восприятия. Наблюдается явный дефицит в подобных исследованиях психики больных, страдающих хроническими заболеваниями внутренних органов. В то же время известно, что при ряде хронических соматических заболеваний наблюдаются массивные интоксикации (например, при заболеваниях почек, печени; онкологических заболеваниях), явления гипоксии (заболевания легких, сердца), приводящие к нарушениям деятельности центральной нервной системы. При тяжелом течении ряда соматических заболеваний вследствие явлений интоксикации или гипоксии могут наблюдаться нарушения познавательной деятельности: изменения ее динамики, снижение силы побуждений, падение показателей памяти и внимания, быстрая истощаемость. Необходимость изучения этих измене-



ний диктуется прежде всего потребностями медицинской практики. Совершенствование методов лечения многих хронических заболеваний внутренних органов, увеличение продолжительности жизни пациентов поставило в последнее время, как отмечалось ранее, задачу определения реабилитационных возможностей больных и разработки конкретных практических рекомендаций по психокоррекционной, реабилитационной работе с ними. Научно обоснованное проведение последней должно опираться на знание структуры дефекта психики этих больных.

Данная глава посвящена рассмотрению ряда вопросов, касающихся структуры нарушений познавательной деятельности у больных, страдающих хроническими заболеваниями печени (неалкогольной природы), и больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом. В ней будут представлены результаты экспериментально-психологического исследования таких показателей познавательной деятельности, как динамика познавательного процесса, особенности памяти, внимания и мышления.

### § 1. ИЗ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Одной из наиболее распространенных неспецифических форм реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние вредности является астения.

Термин «астения» впервые введен в 1735 г. К. Броуном. Первый этап учения об астении был патогенетический: термин «астения» применялся для характеристики возбудимости организма.

Дальнейшее изучение астении находилось в связи с развитием учения о неврозах и общим развитием психиатрии. В соответствии с этим следующий этап изучения астении составил симптомологический период. В XIX в. Дюпюнтрен (1832), а затем Эриксен (1868) описали клинику астении после травм. Сандер (1876), Гризингер (1881), Шарко (1888), Кандинский (1890), Бабинский (1909), Раймонд (1910), Жане (1911), Дюбуа (1912), Бенон (1928), Бумке (1928) и многие другие описали проявление астении, нервной слабости после травм, соматиче-



ских болезней, инфекций и других внешних, в том числе психогенных, вредностей, расценивая их как состояние, синдром, неспецифическую реакцию на вредность. В 1869 г. М. Бирд вводит клиническое понятие «неврастения» (нервная слабость). С этого времени утверждается тенденция к выделению неврастении как самостоятельного заболевания и разграничению ее с астенией как синдромологическим понятием.

И. П. Павловым и его учениками были изучены и физиологически обоснованы механизмы астении. Экспериментально и клинически было доказано, что при самых разнообразных соматических, мозговых, инфекционных и других заболеваниях возникают закономерные изменения в течении основных процессов высшей нервной деятельности. При этом в первую очередь обычно ослабляется процесс активного торможения, в результате чего нарушаются контроль и сбалансированность его с раздражительным процессом. При последующем воздействии патогенного фактора появляются лабильность и слабость раздражительного процесса. При длительном или весьма интенсивном действии болезнетворного агента может развиваться склонность к запредельному торможению, а также другие нарушения высшей нервной деятельности. Клиническим отражением этих нарушений в одних случаях является астения, а в других — симптомы нервно-психической слабости, недержание аффекта и т. п.

Астения является, таким образом, одной из распространенных (хотя и не единственной) и наименее специфичной формой реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние вредности: психогенные, травматические, соматические и другие.

Причем после тяжелых соматических заболеваний астения иногда проходит через определенное время (Бамдас, 1961), в ряде случаев может остаться надолго, снижая работоспособность и уровень жизнедеятельности человека, нарушая его связи с окружающим миром, так как больной начинает смотреть на него через призму своей болезни (Банщиков, Гуськов, Мягков, 1967). Даже если объективно болезнь и прошла, психологическая перестройка к осо-



знанию себя здоровым может быть очень длительной вследствие формирования у больного «внутренней картины болезни» — так назвал Р. А. Лурия (1977) сложный внутренний мир больного, его переживания, отношение к своей болезни. Таким образом, имея первично соматогенное происхождение, астения впоследствии может быть стимулирована также психогенными факторами.

Астеническим состоянием заканчивается практически каждое соматическое заболевание, каждый случай токсикоза. Это состояние нередко входит как один из ведущих синдромов в клинику ряда хронических соматических заболеваний. Банщиков, Гуськов, Мягков описывают характерное для таких больных состояние: «Всем больным с поражением внутренних органов свойственны пониженное настроение и личностная переработка интероцептивных ощущений. Больной склонен сравнивать свое состояние с тем, что было «до заболевания» (1967. — С. 195). При этом у разных больных в зависимости от преморбидных особенностей личности проявляются различные типы реагирования на болезнь. Как показывают эти исследователи, у одних больных иногда появляются отгороженность, замкнутость в себе (особенно при тяжелых хронических страданиях), у ряда других, наоборот, наблюдается стремление бороться с болезнью и всемерно помогать врачу при проведении лечения. Реже «больные пассивно примиряются со своим положением или, напротив, находятся в паническом состоянии» (1976. — С. 196).

Из сказанного видно, насколько важна коррекция психического состояния больного в период соматического заболевания и после него. Для того чтобы эта коррекция была продуктивной, необходимо постоянно учитывать помимо прочих факторов индивидуально-типологические особенности симптомокомплекса астенического состояния.

Клинический анализ позволил выделить наиболее типичные структуры и формы астенических состояний. Б. С. Бамдас (1961) выделил четыре основных структурных компонента (симптома) астении: 1) раздражительность, 2) слабость, 3) расстройство сна, 4) вегетативные нарушения.

Каждый из этих симптомов в той или иной мере



входит в три основных синдрома (формы) астенического состояния. Они в ряде случаев могут рассматриваться как последовательные стадии единого процесса нарастающей нервно-психической слабости. Это следующие формы: 1) гиперстения, 2) синдром раздражительной слабости, 3) гипостенический синдром (синдром истощения).

Для первой, гиперстенической, формы (или стадии) характерны следующие черты: больные обычно деятельны, даже больше, чем это было им свойственно до заболевания, однако эта деятельность носит мало упорядоченный, плохо организованный характер, нарушается повышенной отвлекаемостью, трудностью сосредоточения, особенно при длительном умственном напряжении. В письменной продукции часты ошибки, описки. Неудачи и затруднения, возникающие в процессе работы, легко выбивают больного из рабочей колеи, заставляют его отступать от намеченного плана, а иногда и темпа работы, бросать или уничтожать начатое, сомневаться в целесообразности работы или возможности ее выполнения. Чувство усталости, особенно заметное при неудачах, сменяется подъемом работоспособности при увлечении работой или удачных результатах деятельности. В пределах коротких отрезков времени деятельность такого больного может быть продуктивной, но длительная сложная (особенно непривычная) работа уже не под силу в связи с быстрым утомлением.

При второй форме астении — раздражительной слабости — у больных за бурным началом деятельности следует быстрое ее падение, за быстро вспыхнувшим интересом — вялость и апатия, за нетерпеливым стремлением что-либо сделать — последующее чувство усталости, бессилия, разочарования. Больные с этой формой астении хотят работать и с большим интересом начинают работу, но, быстро устав, допускают ошибки, возбуждаются, напряженно пытаются начать все снова, бросают, с огорчением отмечая снижение своей работоспособности.

При третьей, гипостенической, форме продолжение привычной деятельности требует от больного большого напряжения. Уже к середине рабочего дня они чувствуют себя неспособными к деятельности,



15  
работа у них не ладится, простейшие элементы требуют гораздо большего времени, чем раньше, а новые задания кажутся непреодолимо трудными, часты ошибки, опiski, пропуски букв и слов. Воспроизведение ранее усвоенных терминов, понятий, формул требует большого напряжения. Во второй половине дня кривая работоспособности продолжает падать, а после рабочего дня больной чувствует полную неспособность и отсутствие интересов к какой-либо работе, чтению и даже развлечению. Нередко уже с утра больной не в состоянии приступить к работе. Характерна постоянная сонливость: сон при этом не приносит освежения и подъема работоспособности. Настроение понижено, носит оттенок апатии, вялости, некоторой подавленности. Активный интерес к окружающему снижен, больной вял, быстро устает при физическом напряжении.

Таким образом, из описания астенического синдрома видно, что наиболее характерным для больных является снижение работоспособности в целом и отдельных ее характеристик, таких как темп, стабильность, устойчивость и т. д. Общее нарастающее утомление на поздних стадиях астенического синдрома создает в мотивационно-потребностной сфере картину снижения жизненной активности, как физической, так и психической. Проявление желаний, потребностей больного, не связанных с болезненным состоянием, становится неявным, сглаженным.

В медицинской литературе это явление часто описывается в терминах: снижение волевой активности, вялость, апатичность, снижение жизненных интересов и т. п. Так, Банщиков с соавторами (1967) отмечают, что при многих заболеваниях внутренних органов, острых и хронических травмах могут иногда наблюдаться нарушения воли. Наиболее часто встречается гипобулия — понижение волевой активности, при которой стремление к целенаправленной деятельности у больных почти не возникает. Начав что-либо делать, они быстро прекращают работу не потому, что наступает усталость, а в связи с отсутствием желания продолжать свое занятие. В данном случае наблюдаются изменения в мотивационно-потребностной сфере больного, возникшие на фоне астении. Эти данные подтверждаются и исследова-



ниями работоспособности больных с астеническими состояниями различной степени выраженности (Коган, Шабалина, 1969; Коган, Лебединская, 1972; Коган, 1976).

К снижению психической активности больных с астеническим синдромом можно отнести и такое явление, как постепенное снижение интересов к работе, семье, общественной жизни и их постепенное сужение вплоть до полного подчинения всех мотивов жизнедеятельности одному — мотиву сохранения здоровья. Формируется своеобразная одновершинность мотивационно-потребностной сферы. Любые события в жизни больного интерпретируются им с позиций вреда или пользы здоровью.

Таким образом, астенический синдром при затяжном и хроническом течении болезни может привести к значительным изменениям в личностной сфере больного, к изменению иерархии его мотивов и потребностей, смещению жизненных интересов, к изменению степени выраженности потребностно-мотивационных процессов. Все это с неизбежностью оставляет след на последующей трудовой деятельности человека даже после излечения.

В этом случае нарушение работоспособности, возникающее во время болезни как форма компенсаторной защиты организма, трансформируясь в мотивационно-потребностной сфере, начинает выступать как следствие сформированных за время болезни неблагоприятных личностных особенностей.

В литературе есть немало работ, посвященных исследованию психической деятельности больных с хроническими заболеваниями. В основном это работы психиатров, невропатологов, которые ставили задачу изучения особенностей клиники психических нарушений. Особое место в этих работах отводится изучению энцефалопатий, разработке терапевтических и реабилитационных рекомендаций с учетом периода болезни и тяжести соматического состояния.

Остановимся на некоторых из этих работ, затрагивающих вопросы изучения познавательной деятельности больных с заболеваниями почек и печени.

У больных с выраженными явлениями почечной недостаточности описан синдром острой энцефалопатии, который проявляется в расстройствах кратко-



временной памяти, головных болях, головокружениях, очаговых симптомах. Острая энцефалопатия в случаях длительного хронического течения заболевания приобретает стойкий характер и приводит к формированию хронической ренальной энцефалопатии. Она проявляется в общей слабости, головных болях, снижении работоспособности, ухудшении памяти, внимания на фоне рассеянной органической симптоматики (появление рефлексов орального автоматизма, оживление сухожильных рефлексов, появление патологических рефлексов) (Мартынов и др. 1980).

У некоторых больных, длительное время находящихся на гемодиализе (не меньше года; Smith et al., 1978), был выделен специфический синдром психических нарушений, названный синдромом диализной деменции. Впервые он был описан американскими исследователями в 1972 г., а в последующем — в английских, французских работах (Ермоленко, 1981). Симптомокомплекс синдрома диализной деменции складывается из нарушений речи — замедленность темпа и трудности называния предметов, нарушений памяти, внимания, неспособности координировать мышечные усилия, возникающих галлюцинаторных психозов, изменений ЭЭГ. Первыми признаками деменции считаются появляющиеся к концу сеанса диализа странности поведения, к которым в дальнейшем присоединяются нарушения речи. Причина диализной деменции заключается в накоплении в мозге больных алюминия, «основным источником которого является водопроводная вода, идущая для приготовления диализирующего раствора» (Ермоленко, 1981. — С. 137).

Среди отечественных авторов диализная деменция подробно описана М. А. Цивилько (1977). По ее наблюдениям, диализноуремическая деменция характеризуется глубокой астенией, адинамией, полной безучастностью к окружающему миру, отгороженностью, невозможностью осуществления простых интеллектуальных действий, резкой истощаемостью, бедностью и примитивностью реакций в сочетании с явлениями раздражительной слабости и дисфорическим оттенком настроения.

Основным методом исследования, примененным в



этой работе, являлся метод динамического клинического наблюдения и обследования больных.

Комплексное динамическое исследование 205 больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) в терминальной стадии в процессе оперативного лечения обнаружило у всех обследованных наличие психических расстройств, особенности которых зависят от тяжести и распространенности патологического процесса, состояния реактивности организма, а также этапа оперативного лечения. При этом клиника психических нарушений отличается относительной бедностью психопатологической симптоматики, что обусловлено не только спецификой самого заболевания, но и применением новых методов лечения, и прежде всего активного использования гемодиализа. Выявлено также, что каждому периоду клинического течения терминальной стадии ХПН соответствует совершенно определенная психопатологическая симптоматика с характерной ее динамикой в ходе оперативного лечения (гемодиализ, трансплантация почки). Прослеживается типичная для «поздних симптоматических психозов» смена психопатологических синдромов.

Успешная операция пересадки почки является более радикальным способом лечения терминальной стадии ХПН с большими возможностями социально-трудовой реадaptации больных. Динамика психических нарушений зависит от исхода операции, характера осложнений, дозы и длительности гормональной иммунодепрессивной терапии. Прогностически неблагоприятными являются возникающие на 3—5-й день после операции психозы в виде синдромов нарушенного сознания. В связи с особой тяжестью состояния в раннем послеоперационном периоде глубина астении большая, чем до операции, при этом явления раздражительной слабости сочетаются с выраженной двигательной заторможенностью. Кризы отторжения сопровождаются психическими расстройствами, чаще в виде астено-депрессивной симптоматики, особенности которой зависят от этапа послеоперационного периода. Гормональные препараты могут влиять на характер астении, вызывая преимущественно эмоционально-волевые нарушения. При благоприятном исходе операции в период стабилиза-



ции соматического состояния астения менее выражена, чем в период диализной субуремии. Стойкостью также отличаются явления психоорганического синдрома, вместе с тем большее звучание приобретают ипохондрические расстройства и нетипичные для уремии вегетативные явления. Большая роль в формировании психических нарушений принадлежит психогенным факторам. Личностные сдвиги сложного генеза значительно затрудняют социально-трудовую адаптацию больных в отдаленном послеоперационном периоде. В случае нарастания тяжелой недостаточности функции пересаженной почки обращает на себя внимание быстрый темп утяжеления как соматического, так и психического состояний, что свидетельствует о необходимости своевременного применения ретрансплантации.

В отдельных психиатрических работах приводятся результаты экспериментально-психологического исследования познавательной деятельности больных хронической почечной недостаточностью (Цивилько, Гудкова, 1972; Зикеева, 1974; Цивилько, 1977; Greenberg, 1978). Однако собственно психологических исследований сравнительно мало (Коган и др. 1976; Карева и др. 1979; Муладжанова, Николаева, 1981; Муладжанова, 1983). Рассмотрим некоторые из них.

М. А. Цивилько (1972, 1977) изучала состояние познавательной деятельности в терминальной стадии ХПН на различных этапах лечения. Обследование проводилось после выхода из тяжелого состояния (3—4 гемодиализа), а также перед и после гемодиализа. Полученные данные свидетельствуют о двоякой природе изменения познавательной деятельности: 1) резко выраженная и стойкая истощаемость; 2) собственно нарушения познавательной деятельности. Признаками быстро нарастающего утомления были прогрессивное снижение работоспособности, ухудшение не столько темпа, сколько качества работы, вплоть до выраженной дезорганизации интеллектуальной деятельности с невозможностью самостоятельного целенаправленного выполнения заданий. При этом даже длительный отдых не улучшал показателей работы. О собственно нарушении познавательной деятельности говорят трудности опосредования, склонность к детализации, снижение уровня



обобщений, выявленные еще до наступления утомления. Были обнаружены у больных ХПН стойкая пресыщаемость и склонность к внезапной аффективной дезорганизации интеллектуальной деятельности при неудачах. Было показано, что степень выраженности нарушений познавательной деятельности зависит от тяжести и длительности заболевания, от возраста больного.

Результаты клинико-психологического исследования больных с заболеваниями почек с помощью методик «заучивание 10 слов», «ответные ассоциации», «корректирующая проба», «простые аналогии», «счет по Крепелину», метода ММРІ позволили Л. Д. Зикевой установить нарушение динамики психической деятельности: неустойчивость умственной работоспособности, истощаемость психической деятельности, колебания внимания и памяти, а также нарушение динамики мыслительных процессов: непоследовательность суждений, нарушение подвижности нервных процессов. С помощью методики ММРІ автором установлено наличие «функциональных» наслоений, привносящих в картину основного заболевания определенный оттенок, а также зависимость типа личностной реакции на болезнь от базисной структуры личности.

Е. С. Гудкова (1972) провела исследование познавательной деятельности больных с ХПН в терминальной стадии, находящихся на лечении гемодиализом, и больных с пересаженной почкой. Полученные ею данные экспериментального обследования (применялись: пиктограмма, счет по Крепелину, исключение предметов, методика совмещения двух признаков, ТАТ, исследование пресыщаемости и др.) показали, что в результате длительной и массивной интоксикации, связанной с нарушением деятельности почек, все больные становятся резко истощаемыми. Истощение выражается не только в затруднении динамической стороны психической деятельности, но и в качественном ее изменении: снижение объема памяти, внимания, умственной работоспособности, уровня обобщения. Те же изменения были выявлены и у больных после операции трансплантации почки, несмотря на отсутствие интоксикации орга-



низма. Это свидетельствует об устойчивости патологии познавательной деятельности у больных с ХПН.

Н. В. Оглезнева (1976) также использовала комплекс экспериментально-психологических методов (исследование уровня притязаний, совмещение двух признаков, заучивание 10 слов, пиктограмма, классификация предметов, запоминание двух групп слов (по Н. К. Киященко)) для изучения познавательной деятельности больных с ХПН.

Результаты работы выявили сложный характер нарушения познавательной деятельности у этих больных. Установлено, что для данных больных особенно трудны задания, требующие переключений с одного принципа работы на другой. Утомление, развивающееся в процессе работы в эксперименте, носит нарастающий характер и резко затрудняет, а также качественно меняет осуществление психической деятельности.

В. М. Коган с соавторами (1976) предприняли интересную попытку анализа динамики ассоциативных процессов при различных стадиях ХПН. Авторы показывают, что у больных с длительной почечной интоксикацией, с одной стороны, снижен уровень ассоциативных процессов (персеверации, случайные включения, уменьшение слов в гнезде); с другой стороны, у них патологически развивается утомление. При нарастании тяжести состояния вне зависимости от утомления обнаруживается нарушение иерархического построения ассоциаций: свободные — доступны, направленные — полностью нарушаются. При этом отдых и стимулирование инструкцией здесь не помогают. Таким образом, показано, что страдают прежде всего целенаправленные формы деятельности.

Хайнеманн (Heinemann, 1975) при проведении психологических тестов у больных с явлениями уремической энцефалопатии обнаружил у них дефекты памяти, при этом в большей степени страдала кратковременная вербальная память.

Среди работ, рассматривающих вопросы патологии психической деятельности при заболеваниях печени, заслуживает внимания исследование Л. В. Губского (1970), посвященное клинко-электроэнцефалографическим сопоставлениям при гепатопортальной энцефалопатии (ГПЭ).



На основании анализа клинической картины и данных электроэнцефалографического исследования выделены три основные формы гепатопортальной энцефалопатии: хроническая, острая и латентная. Ядром клинической симптоматики хронической энцефалопатии являются психоорганические нарушения. Обязательным признаком острой энцефалопатии является помрачение сознания различной степени тяжести. При латентной энцефалопатии наблюдается замедление ритма ЭЭГ при клинически ясном состоянии сознания.

В клинической картине хронической ГПЭ доминируют двигательные и рефлекторные нарушения. К ранним неврологическим изменениям относятся: сухожильная гиперрефлексия, диффузная мышечная гипотония и различная выраженность рефлексов на верхних и нижних конечностях. В дальнейшем развиваются экстрапирамидные нарушения, для которых характерно сочетание элементов амиостатического синдрома с различными гиперкинезами. Со стороны психической сферы вначале наблюдается неврастенический синдром, который затем переходит в психоорганический.

Для больных с портальной гипертензией характерны нервно-психические расстройства эпизодического характера: паракосизмальные состояния с полиморфными нарушениями, иногда с изменением сознания и вегетативными нарушениями, периодически возникающий тремор кистей, эпизоды дневной сонливости, приступы цефалгии, крампи. Указанные нарушения чаще встречаются у больных с наличием оперативно наложенного сосудистого анастомоза и хронической энцефалопатией.

Губский (1970) указывает, что интеллектуально-мнестические нарушения могут иметь диагностическое значение при изучении хронической ГПЭ. Автор проводил экспериментально-психологическое обследование больных с использованием методов исследования памяти, мышления, темпа моторных реакций. Экспериментально-психологическое обследование больных показало, что для них характерно снижение памяти, выражающееся в нарушении процесса заучивания и падении продуктивности длительного сохранения материала. При исследовании мы-



шления выявлены изменения его операциональной стороны, что выражалось в снижении уровня обобщений, а в ряде случаев — в их искажении (Зейгарник, 1962).

Интеллектуально-мнестические нарушения обнаружены главным образом у больных с внутрипеченочной формой портальной гипертензии.

Карделл (Kardell et al., 1970) использовал набор психологических тестов для оценки степени ухудшения познавательной деятельности у 34 больных с портальной гипертензией после оперативного наложения порто-кавального анастомоза. К сожалению, авторы не провели структурного анализа выявленных нарушений, а ограничились общей оценкой успешности выполнения использованных тестов, отметив лишь, что при хронической ГПЭ, в отличие от алкогольной энцефалопатии, нет избирательного страдания памяти. Эта особенность психоорганического синдрома при ГПЭ была еще раньше отмечена Викфором (Vicfor et al., 1965), который использовал набор психологических тестов Векслера.

Полученные различными авторами результаты свидетельствуют о нарушениях динамики психических процессов, которая выявлялась в колебаниях внимания, истощаемости больных, снижении способности к концентрации внимания, неустойчивости работоспособности, инертности мыслительных процессов, нарушениях продуктивности ассоциативного процесса. Наряду с изменением динамики описаны конкретность мышления, затруднения при выполнении сложных обобщений, склонность больных к детализации. Подобные нарушения познавательной деятельности квалифицируются в патопсихологической литературе как нарушения операционального компонента мышлений (Зейгарник, 1962, 1976).

Степень выраженности нарушений мыслительной деятельности зависит от тяжести состояния, длительности и интенсивности интоксикации и является объективной характеристикой соматогенной энцефалопатии (Цивилько, 1970, 1977; Цивилько, Гудкова, 1972; Карева и др. 1979).

Как видим, психологические аспекты проблемы мало разработаны. В то же время клиника хронических соматических заболеваний ставит перед психо-



логами целый ряд вопросов. Один из них: как влияет болезнь и лечение на личность больного? Чаще всего больные знают о своем заболевании, становятся раздражительными, депрессивными. Здесь необходима помощь психиатра и психолога, выбор ими адекватного психотерапевтического воздействия на больного. Применение гемодиализа позволило продлить жизнь тем, кто прежде погибал от уремии, и провести подготовку к трансплантации почки. Но применение гемодиализа поставило и ряд проблем: больной должен принять решение лечиться гемодиализом, и отсюда вытекают проблема зависимости от аппарата «искусственная почка», страх перед первым гемодиализом, ожидание установки артериовенозного шунта и т. д.

Аппарат «искусственная почка» далеко не совершенен, вместе со шлаками из организма удаляются и полезные вещества (калий, витамины и др.). В связи с этим должны решаться вопросы влияния гемодиализа на психическое и соматическое состояние больного.

Другой вопрос — это вопрос об отношении больных к своему заболеванию, к факту получения инвалидности. Установлено, что среди больных, как правило, намечаются две группы: больные, полностью «ушедшие» в болезнь, и те, которые желают продолжать работать, не быть оторванными от жизни.

Перед психологами также стоит сложная проблема социально-трудовой реадaptации и реабилитации больных. А решение этого вопроса невозможно без изучения познавательной сферы больных.

## **§ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХПН)<sup>1</sup>**

Нами совместно с Т. Н. Муладжановой (1981) было проведено экспериментально-психологическое исследование больных, страдающих хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии, находящихся на лечении гемодиализом. Были исследо-

---

<sup>1</sup> Данный параграф работы написан в соавторстве с Т. Н. Муладжановой.



ваны некоторые показатели познавательной деятельности у данного контингента больных. В своем исследовании мы использовали традиционный в психологии подход к изучению познавательной деятельности.

На этапе подготовки к проведению гемодиализа и в момент начала этих сеансов было обследовано 10 человек (I группа). Ведущее место среди соматогенных патогенных факторов в этот период занимает длительная, массивная интоксикация с нарушениями гомеостаза. В период проведения хронического гемодиализа, когда степень интоксикации была менее выражена, было обследовано 17 человек (II группа). Возраст больных от 19 до 50 лет. Образование: среднее, незаконченное высшее, высшее. Все больные к моменту обследования находились на инвалидности<sup>2</sup>. В работе были использованы следующие методики: запоминание 10 слов, исследование памяти в условиях гомогенной интерференции (по Н. К. Киященко, 1973), исследование опосредованного запоминания методом пиктограмм, классификация предметов, исключение предметов, сравнение понятий, простые аналогии, сортировка цветных фигур (по В. М. Когану, 1967)<sup>3</sup>.

Полученные данные позволяют говорить о следующих особенностях нарушения познавательной деятельности больных ХПН.

### **1. Нарушение динамики познавательной деятельности**

Все исследованные больные обнаружили отчетливые признаки истощаемости психической деятельности: они могли в течение длительного времени выполнять экспериментальные задания, в то же время уровень их достижений был неравномерным, наблюдались явления, описанные в литературе (Зейгарник, 1976) как колебания работоспособности. У больных отмечались инертность психической деятельно-

---

<sup>2</sup> Исследования проводились в отделении гемодиализа и оперативной нефрологии 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова (зав. кафедрой — академик АМН СССР Н. А. Лопаткин).

<sup>3</sup> Подробное описание методик дано С. Я. Рубинштейн (1970), Н. К. Киященко (1973).



сти, трудности переключения на новые способы работы, снижение продуктивности воспроизведения. Кривая запоминания 10 слов имеет «платообразный» характер, отсроченное воспроизведение — 7, 8 слов (рис. 2).

Объем непосредственной памяти и отсроченное воспроизведение в пределах нормы, значительно

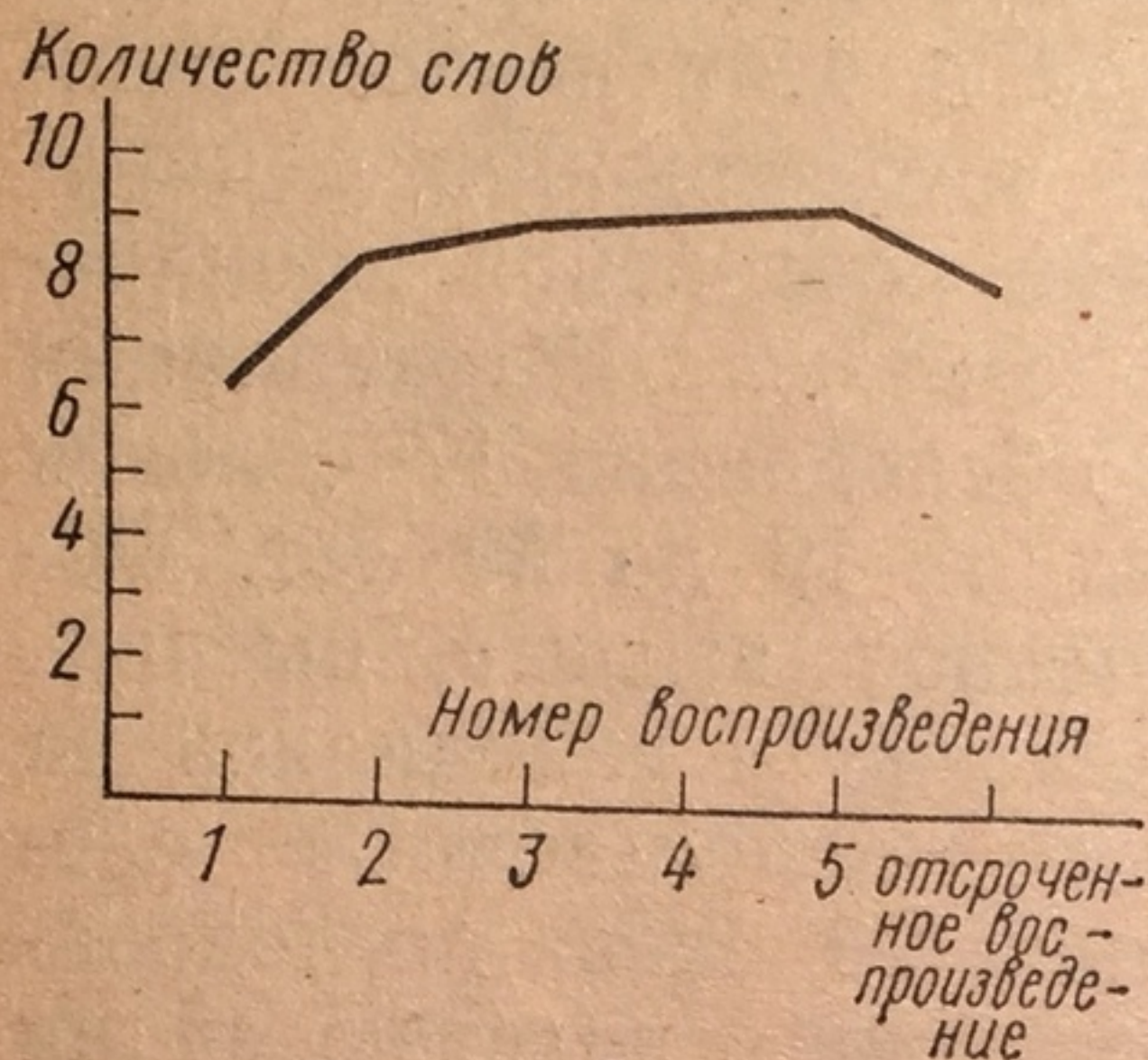


Рис. 2. Усредненные результаты запоминания 10 слов

страдает сам процесс заучивания, снижена его продуктивность. Различия между больными в объеме воспроизведенных слов уменьшаются с увеличением порядкового номера воспроизведения (уменьшение величины стандартного отклонения).

Исследование запоминания в условиях гомогенной интерференции (Киященко, 1973) позволило определить

структуру и основной механизм нарушения памяти. При сохранности непосредственного воспроизведения серий из 3 элементов у больных страдает воспроиз-

Таблица 1

Количество правильно воспроизведенных элементов (в %) в двух изолированных группах (по 3 элемента каждая)\*

Непосредственное воспроизведение		Воспроизведение при возвращении	
I группа	II группа	I группа	II группа
100	100	89,25	73,9

\* Данные усреднены по всей группе больных.

ведение при возвращении к I и II ряду элементов (табл. 1).

Структура нарушений памяти у больных ХПН определяется, по нашему мнению, фактором патоло-



гической тормозимости следов интерферирующими воздействиями на фоне ослабления процесса консолидации следов. Основным механизмом нарушений является повышение ретроактивного торможения. Подобные нарушения памяти были описаны у больных при локальных поражениях головного мозга (Киященко, 1973).

Главным типом ошибок, как видно из табл. 2, являются ошибки потери элемента, когда больной за-

Таблица 2

Ошибки в условиях запоминания двух серий слов  
(в % к общему количеству ошибок)

Непосредственное воспроизведение		Возвращение к I группе слов		Возвращение ко II группе слов	
I группа	II группа	ошибки-контаминации	забывание	ошибки-контаминации	забывание
0	0	14,3	85,7	12,5	87,5

бывает слово из воспроизводимого ряда. Процент ошибок-контаминаций сравнительно мал. Это свидетельствует об относительной сохранности у данных больных процессов контроля над протекающей деятельностью и сличения результатов воспроизведения с исходным образцом.

Результаты исследования опосредованной памяти по методике «пиктограмм» свидетельствуют об инертности мыслительных процессов и трудностях переключения с одного способа деятельности на другой.

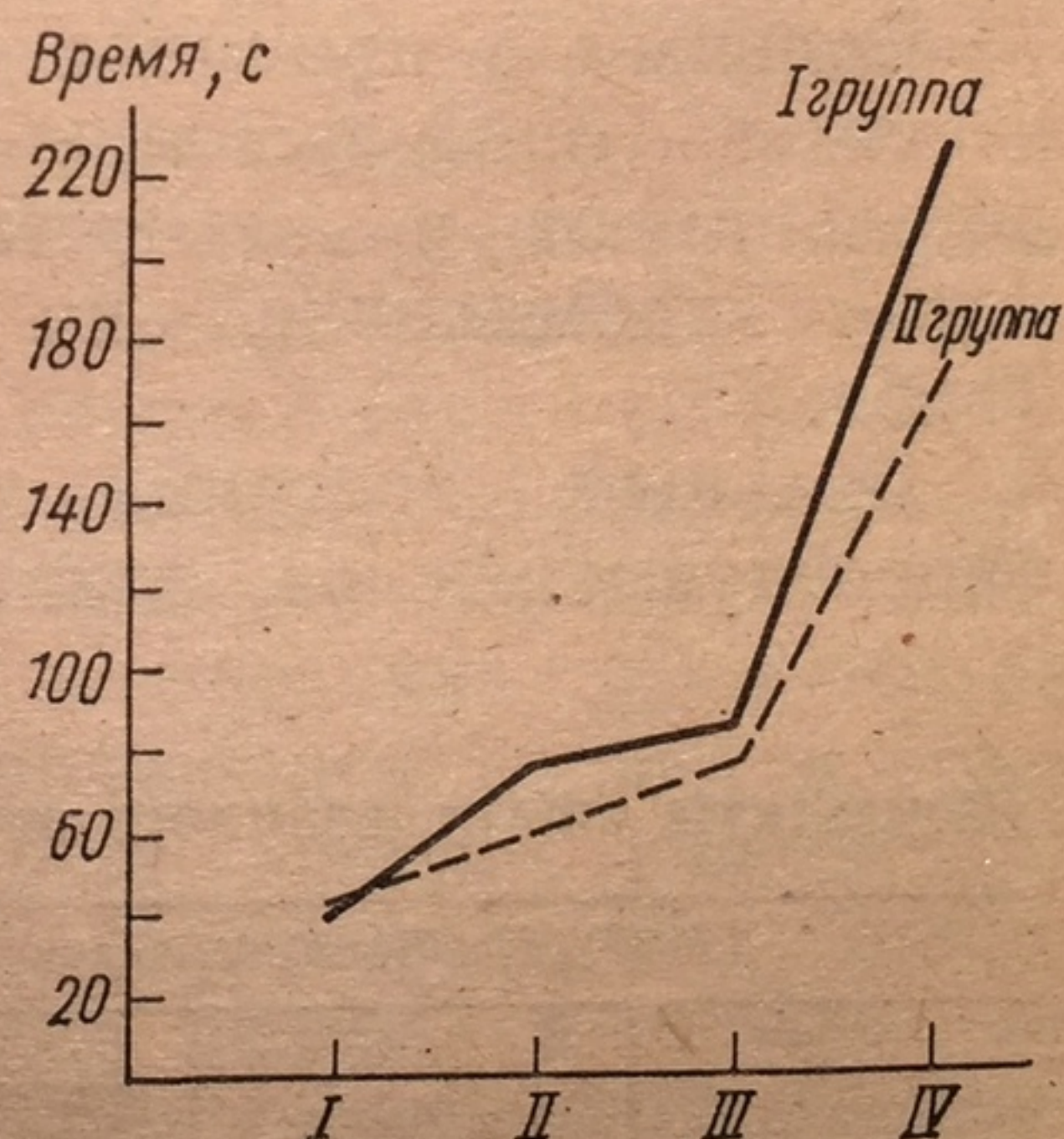


Рис. 3. Усредненные результаты сортировки цветных фигур (по I и II группам больных). Обозначения: I — время простой реакции; II — время сортировки по цвету; III — время сортировки по форме; IV — время совмещения цвета и формы.



У 55% больных процесс построения опосредующих образов отличается однотипностью, характерно «застревание» на одном способе решения. Больные часто используют для опосредования изображения лиц и фигур людей.

Особенно наглядно трудности переключения демонстрируют нам результаты выполнения методики Когана (сортировка цветных фигур, рис. 3).

С целью определения влияния степени интоксикации на динамику познавательной деятельности было проведено сравнение результатов I и II групп больных по критерию Стьюдента. Полученные данные свидетельствуют о значимом различии результатов сортировки по цвету (II операция) и совмещения цвета и формы (IV операция), что позволяет говорить о влиянии степени интоксикации на динамику познавательной деятельности и о ее улучшении в процессе лечения гемодиализом.

## 2. Нарушение операциональной стороны познавательной деятельности

Больным в принципе доступны операции анализа и синтеза, опосредования и обобщения. Об этом свидетельствуют, в частности, результаты опосредованного запоминания по методике «пиктограмм» (табл. 3).

Больным доступна обобщенная символизация опосредуемых слов, однако по своему характеру об-

Таблица 3

Результаты опосредованного запоминания по всем больным (в %)

Воспроизведение				Не опосредовано
заданное слово	заданное и близкое по значению	значения используемого средства и оно само	не воспроизведено	
76,4	89,3	6,2	3,3	1,2

разы пиктограмм конкретны, ситуационны, у большинства больных опосредование абстрактных и эмоционально-значимых понятий вызвало затруднения, что выражалось во времени, необходимом для по-



иска адекватного рисунка; они обращались за разъяснениями и помощью к экспериментатору, рассуждали вслух. Объем опосредованной памяти несколько снижен. Больными используется конкретно-ситуационный принцип решений в классификации предметов, при сравнении понятий, исключении предметов. Выделение сложных групп в классификации предметов, правильное вербальное оформление решений возможны у большинства больных только после помощи экспериментатора.

Суждения больных нередко строятся на непосредственном представлении о предметах и явлениях, установление конкретных связей между ними заменяет оперирование общими признаками. Например, больная Б. при исключении предметов (даны: этажерка, кровать, шкаф, комод) выделяет этажерку, так как «все остальное может стоять в спальне». Больная Ч. в классификации предметов объединяет ножницы и сантиметр, так как это «вещи портного». Подобные ошибки характерны для всех исследованных больных.

При затруднениях в выполнении задания появляется особый вид резонерства — по типу «компенсации операциональной слабости», описанный Т. И. Тепеницыной (1965) у больных с органическим синдромом. Он характеризуется многоречивостью, использованием вычурных слов с соответствующей резонерской интонацией и эмоциональной окрашенностью высказывания. Например: больная Б. после длительных поисков решения в методике исключения предметов (карточка с изображением солнца и осветительных приборов), выделяя солнце, рассуждает следующим образом: «Этим (осветительными приборами) можно воспользоваться всегда, а солнце от нас не зависит, оно независимо от сознания человека». Выделяя письмо (карточка с изображением телефона, письма, приемника и балалайки), поясняет: «Все остальное звенит, играет, издает звук, а письмо немое ... хотя в то же время — крик души!»

Таким образом, результаты методик, направленных на изучение аналитико-синтетической деятельности, свидетельствуют о нарушении операциональной стороны мышления по типу снижения уровня обобщений.



### 3. Нарушение мотивационного компонента познавательной деятельности

Выделение данного вида нарушения проводилось на основании сопоставления результатов обследования с анализом позиции больного во время эксперимента, которую мы определяли на основании традиционных для психологических исследований признаков: отношение больного к самому факту обследования; особенности принятия инструкций; отношение к допущенным ошибкам, похвале и порицанию; оценка самим больным качества работы. Нарушение мотивационного компонента познавательной деятельности было обнаружено у 6 больных. На обследование они соглашались с целью «отвлечься, порисовать», «порешать задачки» или просто пассивно подчинялись требованию врачей. В ходе выполнения заданий они теряли инструкцию, невнимательно ее выслушивали, переспрашивали, что они должны делать дальше. Адекватно реагируя на похвалу, пытались оправдаться в ситуациях неуспеха, говорили о «детренированности», невнимательности, плохом самочувствии или неинтересности задания, легко отказывались от дальнейших решений. В конце исследования затруднялись в самостоятельной оценке качества своей работы, активно результатами исследования не интересовались. Наряду с изменениями динамической и операциональной стороны познавательной деятельности, характерными для всех больных, у данной группы можно отметить искажение процесса обобщения по типу использования слабых признаков<sup>4</sup>. Связи, устанавливаемые между предметами и понятиями, строились на основании случайных ассоциаций, не отражая существенных отношений между ними. Так, сравнение понятий «волк» и «луна» проводится на основании одинакового количества букв в словах, общим признаком понятий «ось» и «оса» выступает их созвучие, классификация предметов строится на основании материала, из которого

---

<sup>4</sup> Отдельные случаи использования слабых признаков встречаются и у других больных на фоне утомления в случаях затруднений, однако большинство таких ошибочных решений больные замечают самостоятельно, демонстрируют «предпочтение истины».



изготовлены эти предметы: стекла, дерева, металла.

Ошибки подобного рода уже описаны в литературе (Зейгарник, 1976). Их появление связывается с нарушениями мотивационного аспекта деятельности. Они возникают, как правило, в тех случаях, когда цель, поставленная экспериментатором, не приобретает для больных личностного смысла, не способна поэтому выполнять функцию регулятора их действий. Можно высказать предположение, что и у исследованных нами больных происходит подобное же изменение смысловой ориентации личности, так называемая «смысловая смещенность» (Зейгарник, 1976). Ее возникновение может быть обусловлено по крайней мере двумя моментами.

Прежде всего у больных наблюдаются значительное изменение динамики психической деятельности, снижение ее активности, общее нарушение «энергетики» психической деятельности. Это выражается, в частности, в изменении побудительной силы мотивов. Последнее небезразлично и для смысловой характеристики деятельности, поскольку влечет за собой сужение круга мотивов, побуждающих к деятельности (Коченов, Николаева, 1978).

Смысловая смещенность может быть связана также и с тем, что необходимость существования в условиях тяжелой хронической болезни создает стойкую направленность на «самообслуживание»: необходимость соблюдения строгого режима и диеты, постоянный контроль за проведением гемодиализа, за состоянием артериовенозного шунта, за собственным весом и т. д. Обеспечение этой деятельности, требуя также больших энергетических затрат, целиком поглощает внимание многих больных, что приводит к изменению личностного смысла различных видов деятельности, значимых для здоровых людей (в том числе лишает личностного смысла выполнение экспериментально-психологических заданий).

Таким образом, выявление в данном исследовании нарушения познавательной деятельности следует рассматривать в неразрывной связи с целым комплексом личностных изменений, нуждающихся в специальном экспериментально-психологическом исследовании.



### § 3. ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Непосредственное влияние соматической патологии на мозг весьма многообразно. Е. В. Малкова (1968), И. Б. Галант (1967), Н. В. Коновалов (1960) и другие указывают на роль нарушений различных форм обмена, аутоинтоксикацию, биохимические и нейрогуморальные факторы, висцеро-церебральные влияния и т. д. Структура патогенных влияний на головной мозг зависит от особенностей пораженного органа, его связей и функциональной роли в организме, от остроты и темпа патологического процесса. Такое комплексное патологическое влияние ведет к функциональным нарушениям мозговой деятельности, и на последующих этапах заболевания могут возникать морфологические мозговые изменения (энцефалопатии). В свою очередь, эти изменения влияют на состояние пораженной соматической системы, т. е. создаются сложные патогенные круги взаимовлияний мозга и других функциональных систем организма.

Картина различных психических нарушений, возникающих при соматических заболеваниях, описана в трудах многих психиатров. Отмечается, что наиболее частыми при соматических заболеваниях являются неврозоподобные расстройства, в основном астенические состояния, для которых характерны симптомы расстройства сна, раздражительной слабости, различные вегетативные нарушения.

При соматических заболеваниях с хроническим течением, нарушением обмена, интоксикацией иногда наблюдаются психопатоподобные явления. Чаще всего возникают стойкие расстройства настроения. Больные требуют особого внимания к себе, фиксированы на своей болезни. Наряду с неврозо- и психопатоподобными состояниями наблюдается психотическая симптоматика: «астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические, галлюцинаторно-бредовые, тревожно-бредовые и другие синдромы, возникающие в рамках маниакально-депрессивного психоза и шизофрении» (Авербух, 1968. — С. 34).

В психиатрической литературе имеется описание психических нарушений, возникающих при болезнях



сердечно-сосудистой системы (Ковалев, Косенко, Парамонова и др., 1972), желудочно-кишечного тракта (Рафалович, 1969), онкологических заболеваниях (Белов, Скворцов, 1975), заболеваниях почек (Цивилько, 1977) и других соматических болезнях.

Остановимся на ряде проблем, связанных с различными заболеваниями печени.

Психические расстройства, возникающие при патологии печени, давно привлекали внимание исследователей. Еще в 1892 г. Клиппель поставил вопрос о значении заболеваний печени в возникновении нервно-психических заболеваний.

Психические расстройства, возникающие при различных заболеваниях печени, были описаны психиатрами (Галант, Боголепов, Коновалов, 1960). Однако и до сих пор это все еще малоработанная проблема. В последние годы интерес к ней возрос, поскольку в клинической практике все шире применяется хирургическое лечение портальной гипертензии, используются различные виды венозных анастомозов. По имеющимся в литературе данным (Коркина и соавторы, 1986) портальная гипертензия бывает различной: внутрипеченочная возникает вследствие цирроза печени; внепеченочная — при врожденных или приобретенных в течение жизни аномалиях портальной системы.

По данным Е. В. Малковой (1968), у больных циррозом печени существует следующая зависимость между возникновением психопатологических нарушений и развитием болезни: «При развитии патологического процесса наблюдается постепенное нарастание глубины нервно-психических нарушений. Сначала появляются астенические состояния, в дальнейшем формируется психоорганический синдром, на фоне которого могут периодически возникать психотические состояния» (Малкова, 1973. — С. 56).

Следует кратко остановиться на характеристике основных видов нервно-психических нарушений, наблюдаемых при патологии печени, взяв за основу их классификацию, предложенную Н. В. Коноваловым (1960).

При гепато-церебральных синдромах обнаруживается разнообразная картина поражений нервной системы. Могут развиваться коматозные состояния,



энцефалопатия, миелопатия, вегето-висцеральные и неврозоподобные нарушения.

Ведущими диагностическими признаками, характерными для гепато-церебрального синдрома, являются:

1) отсутствие связи между началом заболевания и возрастом;

2) соответствующие анамнестические данные (поражение печени);

3) неотягощенная наследственность;

4) негрубая полиморфная симптоматика: неврозоподобные нарушения, ослабление памяти и внимания, амимия, гиперкинезы, повышение сухожильных рефлексов;

5) нередко большая зависимость нервно-психических синдромов от течения патологического процесса;

6) большая выраженность явлений обездвиженности и ригидности;

7) динамичность и обратимость всех этих нарушений, если они не являются выражением тяжелого заболевания печени.

Гепато-церебральным синдромам присущи разнообразные обменные расстройства. Страдают белковый, липоидный и водно-электролитный обмен, что приводит к интоксикации и гипоксии мозга. Среди разнообразных нервно-психических расстройств наиболее часто встречаются неврозоподобные состояния. Е. В. Малковой (1968) в группу неврозоподобных состояний отнесены нервно-психические нарушения, которые не только обнаруживали связь с заболеваниями печени, но и по клиническим проявлениям отличались от неврозов более бедной симптоматикой, стереотипностью проявлений. Анализ неврозоподобных состояний позволил выделить неврастеноподобный и сенестопатически-ипохондрический синдромы.

Следует отметить, что наибольшее внимание исследователей привлекает энцефалопатия, которая определяется обычно как печеночная, порто-системная или гепатопортальная. Эта форма патологии развивается при отклонении портального кровотока от его нормального русла у больных с печеночной недостаточностью, когда кровь из кишечника, минуя



печень, через портокавальные анастомозы попадает в большой круг кровообращения.

Описание энцефалопатии дали в своих работах Н. К. Боголепов, Ю. С. Мартынов, Е. В. Малкова (1970) на материале больных с различными заболеваниями печени. Энцефалопатия развивалась преимущественно у больных с портальной гипертензией, обусловленной исходной стадией цирроза. В патогенезе ее ведущее значение имеет отклонение портального кровотока от нормального русла, что приводит к нарушению обмена веществ, токсикозу, застойной гипоксии мозговой ткани. Основным является токсикоз, которому в первой стадии заболевания предшествует нарастающее изменение всех видов обмена. При энцефалопатии обнаруживалась негрубая полиморфная симптоматика: ослабление памяти и внимания, расстройства речи, парезы черепномозговых нервов, повышение сухожильных рефлексов, амимия и гиперкинезы. Хроническая интоксикация нервной системы продуктами белкового распада при патологии печени может обуславливать развитие энцефалопатии с острой печеночной комой, а также энцефалопатии с эпизодической и хронической рецидивирующей печеночной комой.

Таким образом, энцефалопатия возникает в различных стадиях формирования цирроза печени и характеризуется полиморфными нервно-психическими расстройствами, описанными выше.

Данные литературы показывают, что психические нарушения, возникающие при патологии печени, разнообразны и описаны в основном психиатрами.

Психологических исследований, посвященных данной проблеме, чрезвычайно мало; изучались в основном легкие органические расстройства (Губский, 1970), степень ухудшения познавательной деятельности у больных с портальной гипертензией после наложения портокавального анастомоза. Структурный анализ выявленных нарушений проведен не был, авторы лишь отметили, что при хронической гепатопортальной энцефалопатии (ГПЭ), в отличие от алкогольной энцефалопатии, не наблюдается избирательного страдания памяти.

Следует отметить в этом плане работы, проведенные в Центральном институте экспертизы трудоспо-



способности инвалидов (ЦИЭТИНе) (Иоселиани, 1977; Рождественская, 1980; Сидоркина, 1972; Шахватова, 1965), посвященные изучению активности и динамики психической деятельности при органической патологии. В этих работах содержится, в частности, описание особенностей активности и динамического аспекта деятельности больных. Так, выяснилось, что при изменениях активности обычно не страдает структура психических процессов. Расстраиваются главным образом регуляция усилий, организованность систематически выполняемых действий.

Работе человека свойственны определенные колебания продуктивности, обусловленные многообразными факторами, среди которых наибольшее значение имеют упражнения, вработываемость, колебания волевых усилий, утомление. Такие колебания, свойственные норме, отражают естественную пластичность организма. В отличие от этого в условиях патологии наблюдается неадекватная лабильность, проявляющаяся либо в быстром угасании усилий, либо в резких и частых колебаниях их интенсивности. И в норме существуют колебания целенаправленной активности под влиянием различных воздействий внешнего и внутреннего характера. В патологии же обнаруживается значительно меньшее соответствие между внешними воздействиями и внутренними условиями. С одной стороны, внешние воздействия, зачастую очень незначительные, гораздо легче расстраивают целенаправленность, с другой — раз возникшие колебания могут продолжаться долго уже независимо от внешних условий.

Самые различные заболевания, патологические состояния отражаются на функциональных проявлениях организма и вызывают в первую очередь изменения уровня психической активности. Эти различные по своей сути нарушения активности входят в структуру тех проявлений, которые в клинике называют астеническими состояниями различной этиологии. Такие состояния наблюдаются, как отмечалось ранее, при широком круге заболеваний; при этом возникают повышенная чувствительность к напряжению, эмоциональная лабильность, общее ослабление организма.

Нами совместно с Прокофьевой (1980) и Косонен



(1985) было проведено экспериментально-психологическое исследование больных с патологией печени. Было обследовано 47 человек, страдающих различными формами патологии печени: цирроз печени с внутрипеченочной формой портальной гипертензии (25 больных); экстрапеченочная форма портальной гипертензии (22 больных). Давность заболевания была различной, возраст больных — от 15 до 50 лет (16 мужчин и 31 женщина).

Рассмотрим кратко основные черты клинической картины при вышеупомянутых заболеваниях.

Портальная гипертензия возникает при затруднении тока крови в портальной системе, вызванном различными заболеваниями. Наиболее частая причина затруднения оттока крови из портальной системы — цирроз или фиброз печени (дистрофия, перерождение или отмирание тканей печени), при которых развивается внутрипеченочная форма портальной гипертензии. При экстрапеченочной форме портальной гипертензии блокируется приток крови к печени, обычно в результате тромбоза портальной системы. Основную опасность при портальной гипертензии представляют массивные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Последние возникают в результате формирования портокавальных сосудистых анастомозов, по которым осуществляется сброс крови из портальной системы при блокировании обычных путей ее оттока.

Для лечения портальной гипертензии предложен ряд операций, из которых следует выделить оперативные вмешательства, при которых создаются различные варианты портокавальных анастомозов. Сосудистые анастомозы обычно обеспечивают хороший декомпрессивный эффект и значительно уменьшают опасность кровотечений из варикозно расширенных вен желудка и пищевода. Накладываются сосудистые анастомозы между воротной и нижней полостью венами. Развитие острых эпизодов энцефалопатии после этого типа оперативных вмешательств является основной причиной, ограничивающей их широкое применение. Такова в общих чертах клиническая картина.

У 27 больных имелись хирургические вмешательства: операция спленэктомии — 13 человек, операция



наложения венозных анастомозов — 8 человек, удаление желчного пузыря — 6 человек.

Из обследованных больных 37 человек сохранили трудоспособность (работали или учились), 10 человек находились на инвалидности, из них четверо работали, изменив специальность или условия работы на более легкие.

На момент экспериментально-психологического исследования соматическое состояние характеризовалось: у 16 больных — хорошее, у 15 больных — удовлетворительное, у 10 больных — средней тяжести, у 6 больных — тяжелое. Психическое состояние характеризовалось следующим образом<sup>5</sup>: астено-невротическое состояние соматогенного характера — 2 человека; соматогенная астенция — 34 человека; выраженная энцефалопатия — 6 человек; без особенностей — 5 человек.

Экспериментально-психологическому исследованию предшествовала беседа, направленная на выявление жалоб больных относительно их памяти, работоспособности и т. п. (табл. 4).

Подбор методик осуществлялся согласно задачам, стоящим перед данным исследованием:

1. Исследование динамики и активности психической деятельности.
2. Исследование некоторых показателей познавательной деятельности.

Соответственно поставленным задачам был избран комплекс экспериментальных методик.

*Первая группа* методик: сортировка цветных фигур с совмещением признаков (методика Когана), 60 слов (проба на свободное ассоциирование), проба свободного и заданного темпа направлена на изучение и выяснение особенностей изменения активности и динамики психической деятельности. Эти методики помогают выявить степень волевых усилий, характер продуктивности, особенности темпа и ассоциирования, колебания внимания и другие параметры умственной работоспособности.

*Вторая группа* методик (классификация предметов, исключение предметов, метод пиктограмм, про-

---

<sup>5</sup> Квалификация психического состояния проводилась психиатром.



бы на запоминание слов) направлена на выявление структурных изменений в мышлении и памяти, степени целенаправленности этих процессов.

Остановимся на основных результатах этого исследования.

*Нарушение динамики познавательной деятельности.* Все больные обнаружили отчетливые признаки

Таблица 4

Содержание жалоб	Количество больных
Жалобы на снижение работоспособности	21
Соматические жалобы	33
Жалобы на характерологические изменения	23
Отсутствие жалоб	6
Отношение к эксперименту	
Заинтересованное	30
Негативное	13
Отношение к ошибкам при выполнении экспериментальных заданий	
Самостоятельно замечает и исправляет ошибки	24
Исправляет ошибки, указанные экспериментатором	22
Допускает аналогичные ошибки после коррекции экспериментатора	24

истощаемости психической деятельности. Они проявились наиболее ярко в нарушениях произвольной активности. В длительном действии проявляется в первую очередь недостаточное напряжение произвольных усилий. Так, у большинства больных отмечаются большая замедленность в длительной деятельности, недостаточная упражняемость и быстрое падение продуктивности в результате повышенной истощаемости.

Нарушения активности могут быть выявлены и в реакциях больного на внешние стимулы. С этой



целью применялась проба свободного и заданного темпа.

Больным предлагалось наносить на листе бумаги черточки с удобной для них скоростью. Длительность работы — 30 с, каждые 10 с отмечается представленное количество черточек. Второй раз предлагается повторить то же действие, но в максимально быстром темпе (также в течение 30 с, по 10 с отметки). После минутного отдыха испытуемому предлагают снова то же задание в удобном для него темпе.

При помощи этой пробы можно установить не только изменения активности, выражающиеся в повышении лабильности или замедленности, а также наличие своеобразной жесткости установок, неумение переключаться с быстрого на медленный темп.

В норме наблюдается некоторое последствие скоростной стимуляции, вследствие чего продуктивность 3-й пробы выше продуктивности 1-й. Соотношение примерно такое:

1-я проба — 16—20—14  
2-я проба — 32—28—24  
3-я проба — 22—24—21

При изменениях активности наблюдаются иные количественные показатели. По нашим данным, следует выделить три основных типа соотношений. Прежде всего, относительное снижение свободного темпа. При исследовании по данной пробе выявилась группа больных с резко замедленным темпом по сравнению с остальными. Они находились в более тяжелом состоянии, чем другие обследуемые: либо готовились к операции, либо обследовались вскоре после нее. Для этих больных был характерен чрезвычайно малый прирост скорости при инструкции о максимальном темпе:

Пример 1			
Исп. № 2	Исп. № 4	Исп. № 11	Исп. № 27
1-я проба: 10—11—14	13—10—16	9—13—9	8—6—9
2-я проба: 19—14—16	24—16—20	11—8—14	10—10—12
3-я проба: 13—10—14	15—15—15	отказ	8—8—8

Последствие скоростной стимуляции выражено нечетко (2-я проба).

Второй тип соотношений характеризовался резким спадом темпа при возврате от максимального темпа к свободному:



	Исп. № 20	Исп. № 23	Исп. № 19	Пример 2 Исп. № 34
1-я проба:	20—24—27	13—13—12	17—22—22	33—28—30
2-я проба:	47—45—45	25—27—24	40—35—40	47—32—29
3-я проба:	12—10—18	10—9—11	15—17—20	10—15—12

Здесь ярко проявилась психическая истощаемость: даже кратковременное произвольное напряжение вызывало последующий спад продуктивности, т. е. кратковременная мобилизация усилий приводила к перенапряжению и в результате — к заметному снижению темпа после стимула к максимальному ускорению.

Третий тип соотношений представлен наиболее широко. Здесь изменения активности сказываются в отсутствии или незначительной реакции на внешнюю стимуляцию, когда продуктивность всех трех проб мало отличается друг от друга, однако она заметно выше, чем у больных 1-й группы.

	Исп. № 10	Исп. № 18	Исп. № 39	Пример 3 Исп. № 41
1-я проба:	30—35—44	28—33—33	28—20—21	34—27—24
2-я проба:	42—50—65	30—38—43	30—32—27	35—38—25
3-я проба:	40—50—56	30—32—40	27—25—39	52—37—26

Мы наблюдаем в этом случае изменения пластичности усилий по типу фиксированной установки, с трудом поддающейся произвольной регуляции.

Несмотря на выявленные отличия, всех больных объединяет одна характерная черта: колебания продуктивности в течение 30 с пробы, вследствие чего быстрый темп в первые 10 с может смениться снижением, а затем резким возрастанием продуктивности. Возможна и обратная последовательность.

Исп. № 17	Исп. № 14	Исп. № 32	Пример 4
27—11—22	16—36—13	43—21—19	
Исп. № 37	Исп. № 8	Исп. № 41	
53—17—65	14—20—7	52—37—26	

Эта особенность отражает свойственную всем выделенным типам больных лабильность волевых усилий.

Не меньший интерес представляют возможности спонтанной активности в менее детерминированных условиях: при свободном ассоциировании. В норме наблюдаются различные типы продуцирования ассоциаций: в одних случаях обильный поток слов, в других — замедленное прерывистое называние, но у



больных эти отклонения значительно более разнообразны. Прежде всего следует отметить наличие и длительность латентной паузы перед началом называния слов: иногда она достигала 40 с. Практически у всех больных количество названных слов падает по мере выполнения задания (иногда очень резко). Характерно наличие длительных пауз между словами. Наблюдается и снижение качественного уровня ассоциаций: повторение ранее сказанного (персеверации), резкое сужение круга ассоциативной тематики (имена, названия городов, инструментов, числа). Чаще всего больные вопреки инструкции начинают с описания предметов, находящихся перед глазами, потом следует длительная пауза. Следовательно, и в этом задании обнаруживаются нарушения активности, проявляющиеся либо в снижении качественного уровня ассоциаций, либо в быстром иссякании их потока.

В пробе на сортировку цветных фигур (методика В. М. Когана) также были обнаружены изменения динамики психической деятельности.

В норме (по данным В. М. Когана и сотрудников) в этой пробе время, затрачиваемое на сортировку фигур по цвету и форме в сумме, обычно не отличается от времени, затрачиваемого при совмещении. В норме это соотношение таково:

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| 1. Сортировка по цвету | — 51—76 с   |
| 2. Сортировка по форме | — 68—91 с   |
| 3. Совмещение          | — 122—165 с |

Соотношение результатов в группе исследованных больных:

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| 1. Сортировка по цвету | — 39—250 с  |
| 2. Сортировка по форме | — 56—224 с  |
| 3. Совмещение          | — 125—611 с |

В норме разность 1-й+2-й проб к 3-й равна нулю, результаты наших данных показали разброс от +12 до —248. Только у 6 больных время сортировок и время совмещения приближались (разница 4—12 с). Расхождение с нормой начинается особенно отчетливо при переключении с сортировки по цвету на сортировку по форме. Переключение на новый признак сортировки проходит с большим трудом, и время, затрачиваемое больными на эту операцию, рез-



ко возрастает по сравнению с нормой (224 с вместо 68—91 с в норме). Время же, затрачиваемое больными при совмещении признаков сортировки, на 40% превышает суммарное время двух предшествующих сортировок, в то время как у здоровых испытуемых оно равно суммарному времени сортировок по цвету и форме.

Изменения динамики психической деятельности были обнаружены и при исследовании памяти больных, особенно отчетливо они проявились в пробе на запоминание в условиях гомогенной интерференции. Результаты запоминания представлены в табл. 5 и 6.

Как видно из табл. 5 и 6 основная тенденция нарушений памяти, выявленная при исследовании больных с ХПН (см. табл. 1 и 2 в § 2 настоящей главы), обнаруживает себя и при исследовании памяти больных с патологией печени. Отметим лишь, что у данного контингента больных она выражена более резко. Вместе с тем есть основание предположить, что общие механизмы нарушения памяти имеют несомненное сходство. Преобладание ошибок типа забывания слов из воспроизводимого ряда свидетельствует о влиянии фактора патологической тормозимости следов интерферирующими воздействиями на фоне ослабления процесса консолидации следов. В то же время нельзя не заметить и отличий: у больных с патологией печени существенно выше, чем у больных ХПН, процент ошибок-контаминаций (14,3 и 12,3 — у больных ХПН и соответственно по группам больных с патологией печени: 40,0 и 23,1; 50,0 и 26,2). Это дает основание предположить, что у больных с внутри- и внепеченочной формой портальной гипертензии в большей степени страдает механизм контроля над протеканием мнестической деятельности, в особенности в группе больных с внутрипеченочной формой портальной гипертензии.

Таким образом, исследование динамики психической деятельности больных позволяет выделить 3 типа нарушения активности: 1) изменение пластичности усилий по ригидному типу, в основе которого лежат заторможенность, быстрая психическая истощаемость; 2) по типу кратковременной мобилизации усилий с перенапряжением и резким спадом темпа



Таблица 5

Количество правильно воспроизведенных элементов  
(в %) в двух изолированных группах слов (по 3 элемента каждая)  
при возвращении \*

Группы больных	Непосредственное воспроизведение		Воспроизведение при возвращении	
	I группа слов	II группа слов	I группа слов	II группа слов
Внутрипеченочная форма портальной гипертензии	90,0	50,0	50,0	38,5
Внепеченочная форма портальной гипертензии	100	77,0	77,0	53,9

\* Данные усреднены отдельно по группам больных с внутри- и внепеченочной формой портальной гипертензии.

Таблица 6

Процент ошибок в условиях запоминания двух серий слов  
(к общему количеству ошибок)

Группы больных	Непосредственное воспроизведение		Возвращение к I группе слов		Возвращение к II группе слов	
	I группа слов	II группа слов	Ошибки контаминации	Забывание	Ошибки контаминации	Забывание
Внутрипеченочная форма портальной гипертензии	10,0	50,0	40,0	60,0	50,0	50,0
Внепеченочная форма портальной гипертензии	0	13,0	23,1	76,9	26,2	73,8



после максимального ускорения; 3) по типу фиксированной скоростной установки, обуславливающей неизменность темпа. Нарушения динамики психической деятельности проявились также в быстром иссякании потока ассоциаций, наличии латентных пауз в начале выполнения этого задания и последующих паузах между словами. В методике Когана также выявилось резкое замедление психических процессов при суженном объеме восприятия (особенно при выполнении операции совещения нескольких признаков). Обнаружено снижение запоминания в условиях гомогенной интерференции.

Таким образом, при использовании всех методик выявились нарушения активности и динамики психических процессов по ригидному типу, сужение объема внимания и памяти, лабильность волевых усилий.

*Нарушения операциональной стороны познавательной деятельности* проявились наиболее заметно при исследовании мышления больных, особенно с помощью методики «классификация предметов».

Подавляющее число больных (90%) допускали при классификации предметов ошибки разного типа. Больные излишне детализировали группы, обобщали предметы на основе их принадлежности к одной житейской ситуации. Характерными, хотя и выраженными в различной степени, для всех больных являются трудности процесса обобщения. Многие больные создавали однородные группы, часто работали с карточками в одном месте, не охватывая весь набор групп, это также может служить проявлением сужения объема восприятия и колебаний внимания, выявленных наиболее четко в пробе Когана.

У всех больных были более или менее выраженные трудности процесса опосредования, которые состояли в невозможности опосредования некоторых, как абстрактных, так и конкретных, понятий, в отказах от выполнения задания (метод пиктограмм). Опосредующие образы больных носили в основном конкретно-ситуационный характер, хотя присутствовало достаточное количество абстрактных образов. У некоторых больных последние даже преобладали в пиктограмме.

Обращает внимание большое количество эгоцен-



трических по содержанию связей, применявшихся больными как при запоминании эмоционально-значимых, так и нейтральных слов: все они отражали переживания, связанные с болезнью. Например, больной Д. для запоминания словосочетания «ядовитый вопрос» рисует кровать и говорит: «Болезнь — вот самый больной вопрос».

Наряду с адекватными (конкретными, эгоцентричными или абстрактными) ассоциациями у некоторых больных отмечались упрощенные, бессодержательные образы. Больные рисовали геометрические фигуры или предметы по первой букве данного для запоминания слова. В этих случаях больные, как правило, не давали объяснения своим рисункам, отвечали уклончиво или молчали. В некоторых пиктограммах данное для запоминания слово и рисунок были связаны по «слабому» признаку. Так, больная К. на слово «развитие» рисует флаг, «так как он развевается».

Необходимо сказать, что подобные решения возникали на фоне нарастающей утомляемости. Наблюдение за больными при этом позволяло фиксировать ряд поведенческих признаков утомления. Количество ошибок, как правило, возрастало, а темп выполнения задания снижался по мере приближения к концу выполнения задания.

Ошибки, допущенные больными при выполнении экспериментальных заданий, зачастую поддаются коррекции при напоминании инструкции или просьбе быть внимательным.

В ряде случаев коррекция со стороны экспериментатора вызывала дезорганизацию деятельности больного. Это выражалось в комплексе поведенческих реакций: суетливости, растерянности и т. п.

Необходимо отметить, что в наибольшей степени нарушения мышления выражены у длительно болеющих. Так, наиболее резкое снижение уровня обобщения мы наблюдали у больной с давностью заболевания 25 лет. У больных с давностью заболевания 1—3 года отмечалась лишь «непоследовательность суждений», появление которой обычно связывают с явлениями психической истощаемости (Зейгарник, 1962, 1976).

Таким образом, исследование мыслительной дея-



тельности указывает на то, что в основе ее изменения лежит резкая утомляемость больных.

\* \* \*

К настоящему времени накоплено достаточное количество фактов, убедительно свидетельствующих о большой однородности тех нарушений познавательной деятельности, которые выявляются при психологическом исследовании у больных с различными органическими поражениями мозга.

Они проявляются главным образом в весьма характерном симптомокомплексе нарушений, обнаруживаемых в психологическом эксперименте. К их числу относятся: нарушения памяти и внимания, изменение мышления, общее снижение умственной работоспособности больных. Конечно, степень выраженности этих нарушений различна. Это зависит как от тяжести мозгового поражения, так и от длительности течения болезненного процесса и его нозологической специфики. Однако, повторяем, общий радикал этих нарушений остается неизменным.

Приведенные результаты нашего исследования не претендуют на то, чтобы представить детально структуру нарушений познавательной деятельности избранного контингента больных. Такой задачи не ставилось. Более того, нет возможности в рамках настоящей работы изложить все полученные экспериментальные данные, относящиеся к характеристике познавательной деятельности больных хроническими соматическими заболеваниями. Отметим лишь, что в нашем распоряжении имеется материал, относящийся к характеристике познавательной деятельности больных с хроническими заболеваниями легких неспецифической природы, больных онкологическими и сосудистыми заболеваниями и др. Эти данные убеждают нас в справедливости вывода о наличии единого, общего радикала нарушений познавательной деятельности у всех этих больных. Это согласуется и с уже имеющимися в литературе данными (Коган и др., 1972; 1976; Тхостов, 1980; Марилова, 1983; и др.).

Характерно то, что степень выраженности изме-



нений познавательной деятельности зависит от тяжести соматогенной вредности, остроты патологического процесса и длительности его течения. Сошлемся в этой связи только на результаты нашего совместно с М. М. Орловой (1983) исследования, направленного на изучение некоторых показателей познавательной деятельности у больных с заболеваниями легких (хроническая пневмония, острая пневмония, хронический бронхит). В этом исследовании было показано, что выраженность нарушений памяти и внимания у больных в большей степени выступает в периоды обострения заболеваний и падает в периоды ремиссий. Показано, что, например, показатели кратковременной памяти в острые периоды заболевания значительно ниже, чем в ремиссии: при острой пневмонии они составили 56%, а при обострении хронического бронхита — 57% от соответствующих показателей в контрольном исследовании. При наступлении ремиссии или выздоровления эти показатели возрастают в 1,5 раза. Выявлена также большая инертность восстановления познавательных процессов по сравнению с типом клинического выздоровления.

Эти данные могут быть использованы при решении вопроса о реабилитации больных, назначении трудовых рекомендаций и решении вопросов трудовой экспертизы.

Однако при всей практической важности собственно изучения структуры изменений познавательной деятельности главным остается, на наш взгляд, другой вопрос: как влияет изменение познавательных возможностей человека на его личность? Именно этот вопрос мы и считали для себя центральным в перспективе исследования.

Ранее отмечалось, что биологический фактор (биологическая вредность) относится к классу условий развития человека как личности. Основопологающим же моментом является социальное бытие человека, та реальная деятельность, которую он осуществляет как общественный индивид. Остановимся на этом вопросе несколько подробнее.

Изменения познавательных возможностей субъекта вследствие хронического заболевания снижают, ограничивают, обедняют операциональный состав



деятельности (Леонтьев, 1975) и тем самым создают определенный тип противоречий в развитии, рассмотрение которых представляется обязательным при оценке перспектив дальнейшего поступательного развития личности. На возможность возникновения таких противоречий уже имеются указания в литературе (Божович, 1968; Зейгарник, Братусь, 1980). В частности, Б. С. Братусь (1980), рассматривая вопрос о движущих противоречиях развития личности взрослого человека, отмечает, что «существование и функционирование деятельности подразумевает наличие относительного соответствия ее операционально-целевой, познавательной и смысловой сторон». «Возникающие, — пишет он далее, — в ходе жизни нарушения этого соответствия ведут к внутренним противоречиям, которые могут быть сняты соответствующим изменением названных сторон» (С. 133).

Изучая изменения познавательной деятельности у больных тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, имеется возможность, по нашему мнению, обратиться к рассмотрению ряда типичных противоречий развития, возникающих у соматических больных.

Главным из них является возникающее несоответствие между операциональной «обеспеченностью» деятельности и ее смысловыми, личностными компонентами. Материал, представленный в данной главе, показывает, что соматогенное изменение познавательной деятельности создает известное ограничение, дефицит возможностей психического развития в целом и развития личности в частности. Подобно тому как в развитии психики ребенка расширение и обогащение круга знаний и умений создает предпосылку для перехода на новый этап онтогенеза, в данном случае также возникает предпосылка для изменения личностного компонента деятельности. Прежняя смысловая ориентация деятельности в условиях ослабления познавательных возможностей уже не может быть реализована в полной мере. Находясь длительное время в стационаре, зачастую вынужденный перейти на инвалидность, человек получает как бы материализованное подтверждение своей несостоятельности. Объективное положение человека в социальной среде заметно меняется. Это влечет за



собой и изменение его «внутренней позиции» (Божович, 1968), всей мотивационно-потребностной сферы личности.

Необходимо отметить также, что преморбидно сложившаяся система потребностей и мотивов вступает в противоречие и с энергетическими возможностями выполнения деятельности. Явления истощаемости психической деятельности, описанные в данной главе, приводят к падению силы и выраженности побудительной функции мотивов («гипобулия», «адинамия» — по клинической квалификации этого факта).

Конечно, мы можем здесь только наметить основной содержательный контекст данных противоречий. Более подробно эти вопросы будут освещены в главе IV.



### ГЛАВА III

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Мы уже отмечали выше, что, выступая в качестве активного субъекта деятельности, человек, заболевая, остается им. Это находит выражение прежде всего в том, что в новой жизненной ситуации — в условиях болезни — человек формирует свое собственное отношение к новым обстоятельствам жизни и к самому себе в этих обстоятельствах, т. е. внутреннюю картину болезни (ВКБ). Прежде чем перейти к рассмотрению ряда вопросов, относящихся к характеристике ВКБ при некоторых хронических заболеваниях, обратимся к литературе и рассмотрим круг основных вопросов, который обсуждается в связи с проблемой ВКБ.

Поскольку в последние годы появился целый ряд работ, освещающих медико-психологические аспекты ВКБ (Конечный, Боухал, 1982; Квасенко, Зубарев, 1980; Карвасарский, 1980; Смирнов, Резникова, 1983; Lipowski, 1983; Ташлыков, 1984; и др.), остановимся лишь на тех вопросах, которые важны в контексте нашей работы.

#### § 1. О ПОНЯТИИ «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ»

Необходимость изучения субъективной стороны заболевания подчеркивается рядом авторов как в нашей стране, так и за рубежом. Многие представители психосоматического направления пытаются дать ответ на этот вопрос с позиций психоанализа, выдвигая теорию аутопатологии (Dunbar, 1936; Alexander, 1950; и мн. др.), согласно которой ответственным за возникновение заболевания является сам человек. Болезнь есть не что иное, как реализация в определен-



ных жизненных условиях психического профиля личности, который у каждого человека индивидуален и предопределен главным образом конституцией и наследственностью.

В отечественной литературе проблема соотношения личности и болезни рассматривается в двух аспектах:

1. Какова система отношений «личность и болезнь»? Роль личности в этиологии заболевания, в выходе из болезни, в процессе реадaptации.

2. Какова система отношений «болезнь и личность»? Выяснение проблемы непосредственных и опосредованных соматогений, возникающих у больного в результате тяжелых заболеваний. Что нового вносит патологический процесс в личность? Как он ее изменяет?

Соматопсихическое направление было заложено трудами С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровского, Е. К. Краснушкина. В центре внимания находился вопрос влияния соматической болезни на личность. (Необходимо отметить, что значение личностного аспекта также велико и при психических заболеваниях.)

Решение вопроса о роли личности в патологии, по мнению Л. Л. Рохлина (1970), подразумевает выяснение ряда важных обстоятельств: 1. Что приносят те или иные особенности личности в психическую патологию, как влияет характер преморбидной личности больного на клинические проявления заболевания, его течение и исход, каковы возможности компенсации образовавшегося дефекта, в какой мере те или иные особенности личности могут определять прогноз течения заболевания? 2. Что приносят те или иные виды патологии в личность, как она реагирует на болезни, какие типы и варианты собственно психопатологии личности можно выделить при этом?

Задача изучения субъективной стороны заболевания была поставлена еще в прошлом веке в работах М. Я. Мудрова (1949): «Чтобы правильно лечить больного, надобно узнать, во-первых, самого больного во всех его отношениях, потом надобно стараться узнавать причины, на его тело и душу воздействующие, наконец, надобно объять весь круг болезни, и тогда болезнь сама скажет имя свое, откроет внут-



лич-  
тен и  
и на-  
ноше-  
х ас-  
и бо-  
ия, в  
лич-  
ых и  
боль-  
ового  
к он  
кено  
ина,  
нтре  
и бо-  
зна-  
пси-  
по  
сне-  
т те  
ато-  
ости  
его  
ации  
ные  
те-  
е ви-  
бо-  
ато-  
ева-  
отах  
чить  
ьно-  
ться  
зую-  
и, и  
нут-

реннее свойство свое и покажет наружный вид свой» (С. 64). Начиная с работ М. Я. Мудрова, Г. А. Захарьина, П. Б. Ганнушкина, наметился целостный подход в исследовании больного, предполагающий тщательное изучение и правильное понимание роли личности при возникновении того или иного заболевания, что позволяет добиться большей эффективности как в изучении этиологии и патогенеза заболеваний, так и в организации лечения и профилактики болезней.

Указывая на необходимость целостного подхода к больному, Ф. В. Бассин отмечает, что болезнь как процесс зависит не только от внешних, но и от внутренних, субъективных моментов, от личности больного, от его эмоциональных переживаний (1971). По мнению исследователя, до настоящего времени недостаточно выяснены «вес» психологического фактора, его функциональная мощь, объем сдвигов, которые он может обуславливать как в отношении прямого, так и обратного развития болезней. Для нас представляет интерес предположение Ф. В. Бассина о том, что удельный «вес» психологического фактора, возможно, особенно велик в фазе начала болезни и убывает по мере углубления заболевания. На уменьшение значения реакции личности больного по мере развития заболевания указывают также Я. П. Фрумкин и И. А. Мизрухин (1970).

О важности изучения субъективной стороны заболевания писал в 1944 г. Р. А. Лурия, работа которого, посвященная проблеме внутренней картины болезни, была переиздана в 1977 г. Он продолжил развитие идей А. Гольдшейдера (1926) об «аутопластической картине заболевания». Р. А. Лурия указывал, что хорошее знание жалоб, переживаний и изменений характера больного так же важно для постановки диагноза, как и результаты объективного исследования его болезни. Он отмечал также, что успехи медицинской техники не исключают и не заменяют исследования личности больного. Именно поэтому анализ жалоб больного, по его мнению, приобретает особенно важное значение. Подробное и методическое изучение жалоб больного, по мнению Р. А. Лурия (1977), отнюдь не является эмпирическим методом, а все больше и больше получает строго научное обос-



нование, ничуть не меньшее, чем методы ее объективного изучения.

На необходимость научного понимания единства биологического и социального в человеке для правильной оценки взаимоотношений организма и личности и роли личности в болезни указывали также М. С. Лебединский и В. Н. Мясищев (1966).

В связи с появлением работ по изучению субъективной стороны заболевания был введен целый ряд терминов, определяющих отражение болезни в психике человека. Гольдшейдером, как уже указывалось, было введено понятие «аутопластическая картина болезни», Р. А. Лурия — «внутренняя картина болезни», Е. А. Шевалевым, В. В. Ковалевым — «переживание болезни», Е. К. Краснушкиным — «чувство болезни», Л. Л. Рохлиным — «сознание болезни», «отношение к болезни», Д. Д. Федотовым — «реакция на болезнь», Е. А. Шевалевым, О. В. Кербиковым — «реакция адаптации», Я. П. Фрумкиным, И. А. Мизрухиным, Н. В. Ивановым — «позиция к болезни», В. Н. Мясищевым, С. С. Либихом — «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» и другие.

Важнейшим вопросом теории всякой науки является уточнение понятийного аппарата, которым она оперирует. Поэтому нам представляется необходимым коротко остановиться на этой многообразной терминологии.

1. *Аутопластическая картина болезни.* По мнению Гольдшейдера (1926), она создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием. Автор выделяет два уровня картины болезни — «сенситивный», который базируется на ощущениях, и «интеллектуальный», являющийся результатом размышлений больного о своем физическом состоянии.

2. *Внутренняя картина болезни* (Р. А. Лурия, 1977). Внутренняя картина болезни — «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений ... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах ... — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (С. 38). Автор придержи-



валяется деления внутренней картины болезни на два уровня, но особое значение отводит ее интеллектуальной части, которая обладает большим влиянием на течение патологических процессов. Автором были выделены профили больных по преобладанию той или иной части в их внутренней картине болезни.

3. *Переживание болезни* (Шевалев, Ковалев, 1972). По определению В. В. Ковалева, под типом переживания болезни понимается общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. Причем автор подчеркивает, что понятие «переживание болезни» не идентично понятию «сознание болезни», хотя и тесно связано с ним. Автор выделяет 6 основных типов переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорически-анозогнозический.

Понятие «переживание болезни» использует в своей работе также Л. Д. Зикеева, исследовавшая внутреннюю картину болезни при заболеваниях почек (1974). Она выделяет адекватный и патологический типы. Внутри адекватного типа были выделены повышенный, средний и пониженный варианты реагирования.

Патологический тип переживания болезни также включает несколько вариантов: депрессивный, истерический и ипохондрический.

4. *Реакция адаптации* (Е. А. Шевалев, 1936; О. В. Кербинов, 1971). Авторы говорят о реакциях адаптации, понимая под ними комплекс приемов, вырабатываемый личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний ограничения физических и психических возможностей, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни. Эти реакции могут быть компенсаторного характера, псевдоаутического характера (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т. п.), возможны псевдокомпенсаторные реакции (отрицание и игнорирование болезни при тяжелых соматических заболеваниях). Другими словами, заболевший человек на основе своей концепции болезни определенным обра-



зом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность.

5. *Позиция к болезни* (Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин, 1970). По мнению авторов, основой позиции личности по отношению к болезни является реакция личности на возникновение патологических проявлений. Причем наибольшее значение имеет позиция больных к наиболее важным симптомам, наиболее полно отражающим патогенетическую сущность болезни. Говоря о «позиции к болезни», данные авторы сбиваются на понятия «отношение к болезни» и «реакция на болезнь», не давая четкого определения ни одному из понятий.

6. *Отношение к болезни* (Рохлин, 1971). Оно определяется обычно, как считает автор, понятием «сознание болезни». Сознание болезни включает:

а. Гнозис болезни. Познание на основе: сигнализации из внутренней среды, интероцептивных ощущений, личного опыта, представлений и знаний данной личности, получаемых сведений.

б. Общие сдвиги в психике больного.

в. Отношение больного к заболеванию. Оно определяется рядом факторов: спецификой заболевания, особенностями личности и нервной системы заболевшего и факторами социальной среды, формирующими сознание и поведение заболевших.

Возможны различные варианты отношения к болезни: депрессивно-астенический, психоастенический, ипохондрический, истерический, эйфорически-анозогнозический. Л. Л. Рохлин указывает, что в борьбе с болезнью отношение больного к своему заболеванию имеет важное значение. В это понятие входят восприятие больным своей болезни, ее оценка, связанные с ними переживания и вытекающие из такого отношения к болезни намерения и действия. Автор говорит об осознании болезни и реагировании на нее. В структуру отношения к заболеванию входят суждения по поводу заболевания и комплекс возникающих в связи с ним, непосредственно вызванных болезнью переживаний.

Понятие «сознание болезни» используется также в работах Е. К. Краснушкина (1950), А. С. Познанского (1966).

О различном отношении к болезни писал в 1958 г.



К. А. Скворцов. Больной, по его мнению, может «держаться выше болезни», «бороться с ней», «не обращать на нее внимания», «диссимулировать, считать ее позором», «полностью покоряться болезни», «становиться ее рабом», «бояться болезни», «привыкать к ней», «трагически переживать» (1958. — С. 23).

В. П. Зайцев (1978), исследуя больных инфарктом миокарда, обнаружил у них спустя несколько дней после начала заболевания также различные психологические реакции на болезнь:

а) адекватные (пониженная, средняя и повышенная — в зависимости от доминирующего эмоционального состояния и особенностей рациональной оценки больным своего состояния);

б) патологические (главным образом, невротические).

Исследуя больных в катамнезе, автор описывает у них нормальную психологическую реакцию и психическую дезадаптацию.

В типологии Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов реагирования на болезнь, выделяется та система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая, связанная с интимной жизнью.

Авторы указывают, что реакция личности на болезнь зависит от многих факторов: характера заболевания, его остроты и темпа развития; представления о заболевании, имеющемся у самого больного; особенностей лечения; преморбидной личности больного; отношения к болезни родственников и сослуживцев. При этом они лишь отмечают наличие этой зависимости, но не конкретизируют характер связи реакции на болезнь с выделенными факторами.

Н. И. Рейнвальд (1969), А. Д. Степанов (1975), Л. Н. Лежепёкова и П. Я. Якубов (1977) описывают несколько типов отношения к болезни, имея в виду главным образом характер взаимодействия, складывающегося при этом между врачом и пациентом. А. Е. Личко, Н. Я. Иванов (1980) выделяют 13 типов реакций на болезнь, описываемых преимущественно в психиатрических понятиях. П. Г. Фролов (1976) выделяет только 5 типов, давая им также психиатриче-



скую квалификацию. Т. Н. Резникова и В. М. Смирнов (1976, 1983) предприняли попытку моделирования внутренней картины болезни. Они разработали понятие о церебральном информационном поле болезни, являющемся фундаментом для формирования «психологического информационного поля болезни», в центре которого находится измененная болезнью «схема тела». А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев (1980) вводят понятие «соматозогнозия», рассматривают вопрос о типологии соматозогнозий и этапах их становления в процессе развития болезни и ее лечения.

В зарубежной литературе мы также находим многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни. Так, используя в качестве основного понятие «аутопластическая картина болезни», Р. Конечный и М. Боухал предлагают (1982) следующую классификацию ее типов:

- а) нормальная (соответствует объективному состоянию больного);
- б) пренебрежительная (недооценка тяжести болезни);
- в) отрицающая (игнорирование факта болезни);
- г) нозофобная (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной не может);
- д) ипохондрическая (погружение, уход в болезнь);
- е) нозофильная (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);
- ж) утилитарная (получение известной выгоды от болезни — материальной или моральной).

Эти же авторы (1982) отмечают, что внутренняя картина болезни зависит от влияния ряда факторов:

- а) характера болезни (острая или хроническая болезнь, наличие или отсутствие болей, косметических дефектов и т. д.);
- б) обстоятельств, в которых протекает болезнь (появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности, в ближайшем социальном окружении и т. д.);
- в) преморбидной личности (здесь, в частности, ставится вопрос о влиянии возраста больного);
- г) социального положения больного.

Р. Баркер (R. Barker a. et. al., 1946) исследовал



группу женщин с физическими недостатками и предложил одну из классификаций отношения больных к заболеванию. Он выделил 5 типов подобного отношения.

а. *Избегание дискомфорта*, сопровождаемое часто уходом в себя, аутизацией, которые обычно характерны для пациентов с нешироким кругом интересов, невысоким интеллектом, а также возникают при длительном течении заболевания и у лиц пожилого возраста.

б. *Замещение*, при котором больной самостоятельно находит новые средства достижения жизненных целей, заменяющие утраченные в условиях болезни возможности. Этот тип отношения авторы связывают с наличием высокого уровня интеллекта.

в. *Игнорирующее поведение*, для которого характерно стремление больного подавить, вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью. Этот тип поведения, по мнению авторов, чаще возникает у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем.

г. *Компенсаторное поведение*; при этом авторами выделяются 4 его разновидности:

1) циклическое приспособление, для которого характерны периоды «подъема и спада»;

2) фаталистическое отношение, главным образом к будущему;

3) параноидное приспособление с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих;

4) выраженные агрессивные реакции.

д. *Невротические реакции*. Наиболее оптимальной формой приспособления авторы считают игнорирование дефекта. Подобная оценка, особенно в сочетании с попыткой экстраполировать выводы на широкий контингент больных, на наш взгляд, дискуссионна.

В. Вондрачек (V. Vondráček, 1969) выделяет следующие типы отношений к болезни: нормальное (или адекватное), пренебрежительное, отрицающее, нозофобное, ипохондрическое, нозофильное, утилитарное.

Некоторые авторы отмечают, что нет однозначной зависимости между характером телесных страданий (физических недостатков) и типом личностной реакции на заболевание, что в гораздо большей степени



последний зависит от длительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека.

Так, А. Гулек (A. Hulek, 1969) предлагает учитывать следующие факторы в качестве важнейших при возникновении реакции на заболевание:

- а) продолжительность заболевания;
- б) тяжесть нарушений и диапазон вызванных болезнью ограничений;
- в) вид инвалидности;
- г) возраст перехода на инвалидность;
- д) уровень интеллектуального развития;
- е) особенности преморбидной личности.

Д. Г. Бирн (D. G. Byrne, 1982) полагает, что реакция на болезнь зависит от характера и прогноза заболевания. Выделяет 8 типов:

- а) фиксация на болезни;
- б) психосоциальные переживания;
- в) аффективный срыв;
- г) аффективное торможение;
- д) осмысление болезни;
- е) субъективное напряжение;
- ж) уход в болезнь;
- з) вера в помощь врача.

Один из интересных подходов в изучении субъективной стороны заболевания содержится в работах Липовски (Lipowski, 1983). Он предлагает свою типологию «психосоциальных реакций на болезнь», выделяя в них три компонента:

1. *Реакции на информацию о заболевании* («значение болезни»). Разное «значение болезни» может быть источником следующих реакций:

а) болезнь — угроза или вызов, а тип реакций — противодействие, тревога, уход, борьба (иногда паранойяльная);

б) болезнь — утрата, соответствующие типы реакций: депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима;

в) болезнь — выигрыш или избавление, а типы реакций при этом: безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу;

г) болезнь — наказание, при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.



2. Эмоциональные реакции на болезнь. Среди них наиболее распространенными являются тревога, горе, депрессия, стыд, чувство вины.

3. Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них когнитивного или поведенческого компонента. Когнитивный стиль преодоления характеризуется:

а) преуменьшением личностной значимости болезни, либо

б) пристальным вниманием ко всем ее проявлениям. Поведенческий стиль также имеет несколько разновидностей:

а) борьба или активное сопротивление;

б) капитуляция перед болезнью;

в) попытка «ухода».

И. Хесцен-Клеменс (J. Heszen-Klemens, 1979) вводит понятие «образ собственного заболевания».

М. Балинт (M. Balint, 1960) предложил понятие «аутогенное представление о болезни».

С. Ди Михаель (S. Di Michael, 1959) — один из немногих авторов, рассматривающих отношение человека к болезни в динамике.

Таким образом, существует многообразная терминология, отражающая в той или иной степени субъективную сторону заболевания. Не все эти понятия, на наш взгляд, являются удачными. Так, например, понятие «переживание болезни», которое использует В. В. Ковалев, является комплексным. Автор говорит и об ощущениях, и о представлениях, и о реакциях... Собрав все в единое целое, автор называет это «переживанием болезни».

Не четко дает определение своим понятиям «сознание болезни» и «отношение к болезни» Л. Л. Рохлин (1967). Так, он указывает, что «отношение к болезни» обычно определяется понятием «сознание болезни». В то же время, по мнению автора, отношение к болезни выступает как один из компонентов структуры сознания болезни наряду с гнозисом болезни. Если также сопоставить понятия «отношение к болезни» Л. Л. Рохлина и «переживание болезни» В. В. Ковалева, то видна их однотипность. Однако эти виды реагирования на факт заболевания авторы называют различно: в одном случае — как отношение к болезни, в другом же — как переживание болезни.



Подробное и всестороннее сопоставление терминов различных авторов составляет специальную задачу и требует особого рассмотрения. Однако и при таком кратком рассмотрении многообразных понятий заметно, что авторы пытаются с различных сторон подойти к проблеме субъективного отражения заболевания.

Они говорят и об ощущениях, которые возникают у заболевшего человека, и об осознании этих ощущений, и об эмоциональном реагировании на факт заболевания вообще, об интеллектуальной переработке ощущений и представлений, сведений о своем заболевании. Исследователи указывают на возникновение у больного своей концепции болезни, о возможных видах поведения больного, основывающегося на этой концепции болезни, и т. д.

Нам представляется вполне правомерным в целях преодоления этого многообразия терминологии выделение более общего, интегрального понятия, которое бы, по возможности, более полно отражало субъективную сторону заболевания; понятия, которое не выделяло бы только одну какую-то сторону явления, как это наблюдается у ряда авторов.

В качестве такого понятия, как нам представляется, следует выделить понятие «внутренняя, или аутопластическая, картина болезни» (ВКБ). Оно охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания. Это сложное, структурированное образование включает по крайней мере четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего.

*Первый уровень* — чувственный, уровень ощущений.

*Второй уровень* — эмоциональный, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия.

*Третий уровень* — интеллектуальный, связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях.

*Четвертый уровень* — мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.



Между этими компонентами возможны различные соотношения. Так, известно, что во многих случаях сознание болезни при определенных видах психических расстройств сохраняется. Больной не может, по мнению Л. Л. Рохлина (1966), не давать естественных, психологически понятных, адекватных и характерных для его личности реакций на свое психическое расстройство и обязательно должен выявить личностное к нему отношение. Иногда имеется смутное, не отчетливое осознание болезни. В ряде случаев отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Неадекватное отношение больного к своему заболеванию, патологическое переживание болезни может стать условием перестройки иерархии потребностей и мотивов, изменения всей личности больного (Баканова, Зейгарник и др., 1978).

## § 2. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

В психологии исследование внутренней картины болезни проводилось путем сопоставления субъективных жалоб больных с объективными клиническими и экспериментально-психологическими данными (Николаева, 1965, 1970, 1972; Халфина, 1973; Шестопалова, 1984). Были сделаны предположения о нозологических особенностях внутренней картины болезни, отмечены случаи, когда имелось относительно правильное понимание проявлений болезни и в то же время поведение больных было некритичным. Больные понимали цель исследования, но не прилагали усилий для правильного и качественного выполнения заданий, указания на ошибки не вызывали у таких больных огорчений, оценка работы их не интересовала и т. п. Встречались случаи другого несоответствия субъективных жалоб больных объективной картине болезни. Это случаи диссимуляции, которые говорят не о ложности внутренней картины болезни, а об определенной позиции во время экспериментального исследования.

Был выдвинут новый аспект анализа внутренней картины болезни — анализ позиции больного во время исследования, позволяющий отделить истинную



внутреннюю картину болезни от той, которая вырисовывается, если следовать только жалобам больных. Проблему позиции личности нельзя считать окончательно решенной в плане общей психологии. В данной работе мы не будем рассматривать существующие точки зрения на эту проблему, отметим лишь несколько моментов.

Если в зарубежной психологии позиция часто понимается как роль или статус, как обозначение особенностей поведения, связанных с процессом самоутверждения индивида (неофрейдизм), то в марксистской социально-психологической литературе отмечаются два подхода в понимании сущности позиции личности.

Первый из них — это социологический (Кон, Селиванов, 1971). Позиция понимается здесь как условия, в которых и через которые действует и проявляется индивид.

Второй — социально-психологический (Ананьев, 1948; Мясищев, 1974; Парыгин, 1965; Божович, 1968), согласно которому позицию личности считают устойчивым компонентом, относящимся к структурным образованиям личности. В. Н. Мясищев понимал позицию как сложную динамическую систему отношений, которые охватывают всю область человеческой деятельности.

В работе Н. А. Дивитовской (1971) была предложена структура позиции личности, в которую входили следующие компоненты:

- 1) отношение личности к обществу;
- 2) отношение личности к другим людям, составляющим непосредственное социальное окружение;
- 3) отношение личности к самой себе.

Уместно привести высказывание С. Л. Рубинштейна по этому поводу: «Человек есть личность в силу того, что он сознательно определяет свое отношение к окружающему и самому себе... Без сознания, без способности сознательно занять определенную позицию нет личности» (1959. — С. 52).

Позиция личности зависит от системы оценочных представлений о себе, от степени уверенности в общественном признании своей деятельности и ее значимости для окружающих, от стремления сохранить привычную самооценку.



Самооценка как неотъемлемый компонент самосознания имеет решающее воздействие на позицию личности. В клинике исследование позиции личности используют для определения сохранности личности (Зейгарник, 1969). В ситуации экспериментально-психологического исследования о позиции личности обычно судят по ряду признаков (Николаева, 1972; Кожуховская, 1973):

а) по отношению больного к самому факту психологического исследования (заинтересованность в исследовании, безучастное или негативное отношение к нему); б) по особенностям принятия инструкций к заданиям (внимательное или безучастное выслушивание их, точность или небрежность исполнения); в) по отношению к допущенным ошибкам, особенностям их исправления; г) по оценке самим больным в конце исследования качества собственной работы.

В качестве метода исследования внутренней картины болезни нами предложен метод сравнения жалоб больных с их позицией во время экспериментального исследования (Николаева, 1965, 1972).

В ряде работ при изучении ВКБ использовались иные психологические методы исследования, главным образом опросники, анкеты, интервью (Зайцев, 1980; Danilowicz, 1971; Henrichs, 1972; Campailla, 1973; Parbroock, 1973. Hagberg, 1974; Segers, Graulick, 1974; и др.)

В клиническом наблюдении, беседе или психологическом исследовании ВКБ обычно выступает как целостное и нерасчлененное образование. Исследование ее базируется главным образом на изучении анамнестических данных, использовании ряда рефлексивных методик, которые могут фиксировать вербализованное знание себя и своего заболевания. Эмоциональная самооценка изучается чаще всего косвенно, через анализ поведения и высказываний больного в естественной или экспериментальной ситуации. Тем интереснее представляются попытки независимого друг от друга измерения двух уровней самооценки и соотнесения их как друг с другом, так и с реальными поведенческими проявлениями (Ольшанский, 1979).

Наряду с общими закономерностями субъективного отражения болезни следует учитывать и механизмы индивидуального представления о болезни. Среди



факторов, определяющих индивидуальную окраску внутренней картины болезни, можно выделить три группы: во-первых, это индивидуальные и типологические характеристики преморбидной личности; во-вторых, влияние самой болезни; в-третьих, ситуация, в которой оказывается больной.

Объективное значение заболевания может быть различным, но оно приобретает личностный смысл, лишь преломившись через структуру личности. Так, было показано, что осознание болезни тесно связано со строением мотивационной сферы человека до болезни, с ее «одно- или многовершинностью» (Зейгарник, Братусь, 1980; Зейгарник, Николаева, 1977). Иного представления о структуре личности придерживаются Квасенко и Зубарев (1980). Вслед за К. И. Платоновым (1972) они выделяют три уровня личности: биологический, психологический и социальный. Авторы пытаются связать каждый уровень личности с одним из уровней, этапов формирования внутренней картины болезни. Однако все подобные исследования наталкиваются на неразработанность психологической типологии личности.

Малоисследованным остается возрастной аспект субъективного отражения болезни (Квасенко, Зубарев, 1980). По мнению авторов, расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями наиболее выражены в молодом и предстарческом возрасте.

Как известно, болезнь (как патологический процесс в организме) двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни: во-первых, телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического радикала в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений. Непосредственно воздействуя на головной мозг, соматогенные вредности вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Это так называемые соматогении. По своей структуре они характеризуются полиморфизмом начиная от неврозоподобных состояний и кончая психотическими расстройствами.

Во-вторых, болезнь создает особую трудную жизненную ситуацию, в которую попадает больной чело-



век (Морозов, Лебединский, 1972). Объективная ситуация, складывающаяся в жизни больного в результате болезни, включает в себя множество разнородных моментов: это и процедуры обследования, и общение с врачами, и новые отношения, возникающие в семье и на работе; наконец, это ситуация лечения. Эти и другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют отношение к заболеванию. Именно переработка информации, идущей от ситуации, придает внутренней картине болезни целостный, структурированный характер.

К сожалению, эта проблема не получила еще должного освещения. Ее разработка ведет к созданию собственно психологических научных основ деонтологии, и поэтому практическое значение ее огромно. То, что во многих работах называют нозологической спецификой отражения болезни в психике больного, является результатом действия не болезни как таковой, а ситуации заболевания в целом, в частности ситуации лечения. Не учитывать это обстоятельство методологически неверно и практически вредно. Это то же самое, как рассматривать действия больного и их результаты в экспериментально-психологическом исследовании, не учитывая преломления в этих действиях всей ситуации эксперимента (Зейгарник, 1969). С учетом ситуации должен строиться и анализ такой важной характеристики внутренней картины болезни, как ее объективность, адекватность. На этом нам хотелось бы остановиться особо.

Развитие представлений о системном строении внутренней картины болезни и практическая важность вопроса требуют рассмотрения понятий адекватности и объективности субъективной картины болезни, ибо по этому вопросу уже имеется путаница, мешающая разрешению проблемы. По современным воззрениям под адекватностью отражения понимается относительно верное, точное и полное воспроизведение одной системы (отражаемой) средствами другой (отражающей). Следовательно, наиболее общим признаком адекватности является соответствие, но не совпадение отражения с оригиналом (Васильев, 1973). Адекватность как сходство свойственна идеальному образу.

Что же с чем сопоставляют, когда говорят об адек-



ватности или объективности внутренней картины болезни? Оказывается, что имеются в виду самые разные явления.

Сам Р. А. Лурия (1944) интересовался расхождением между субъективными построениями больного и данными объективного медицинского исследования, так называемой внешней картиной болезни. Однако он же указывал на важность соответствия двух уровней внутренней картины болезни — сензитивного и интеллектуального — когда сопоставляются ощущения больного, нарушения, вызванные болезнью, с представлениями больного о них, с их истолкованием. Последние есть отражение уже отраженного в виде чувственных знаков или субъективных явлений (Дубровский, 1971).

Еще сложнее становится картина, если обратиться к анализу того, что понимают под анозогнозией, или редуцированной внутренней картиной болезни. Казалось бы, различие между последними чисто количественное: и то, и другое есть просто недоучет тяжести заболевания (анозогнозия — его отрицание). Однако эти два типа искажений внутренней картины болезни могут иметь разные структурные и содержательные характеристики. Термин «анозогнозия» был впервые введен Бабинским в 1914 г. для описания больных, которые вели себя так, как будто им ничего не известно о существующем у них параличе, т. е. больные фактически не осознавали имеющихся у них расстройств. В неврологии анозогнозия трактуется как нарушение всего процесса осознания: как неадекватность отражения, так и вследствие этого неадекватность отношения. Л. Л. Рохлин (1967) предлагает трактовать анозогнозию как неадекватную личностную реакцию на болезнь, эйфорическое отношение к болезни, т. е. искажение эмоционального уровня внутренней картины болезни.

Так же неоднозначно понятие редуцированной внутренней картины болезни. Прежде всего это расхождение между внутренней и внешней картинами болезни в сторону облегчения первой. За счет чего это может происходить? Во-первых, это может быть неполное осознание своих ощущений; затем может быть так, что осознаваемая симптоматика не включается в «концепцию болезни»: недооценка тяжести за-



болевания, его возможного исхода; наконец, редукция может быть результатом уменьшения отрицательной эмоциональной значимости стрессорных условий (Евич, 1978; Тхостов, 1980).

Квасенко и Зубарев (1980) строят свою классификацию внутренней картины болезни (вводят, как мы отмечали выше, эквивалентный понятию внутренней картины болезни термин «соматозогнозия»), взяв за основу адекватность личностных реакций на болезнь. Признавая диапазон адекватного реагирования достаточно широким, авторы выдвигают один главный критерий адекватности: отношение к заболеванию не должно выходить за рамки нормы, а оценки тяжести могут быть и пониженными, и повышенными. Ясно, что этот критерий адекватности, будучи принципиально важным, все же не помогает оценить внутреннюю картину болезни в каждом конкретном случае.

Интересны попытки связать адекватность с поведением больного. Так, Харди (1972) считает, что адекватной реакцией личности, возникшей в результате болезни, являются признание факта болезни, принятие к сведению заключения врача и сотрудничество с ним больного. Герасименко (1977) подчеркивает также важность при этом активности больного в отношении лечения.

Легко заметить, что такое рассмотрение адекватности внутренней картины болезни, как способствующей или, по меньшей мере, не вредящей процессу лечения, имеет множество точек соприкосновения с другими подходами. Такое понимание имеет и самостоятельное значение, ибо позволяет, во-первых, в анализе и оценке субъективного отражения болезни учитывать требования ситуации, например ситуации лечения; во-вторых, задавая оптимальные характеристики внутренней картины болезни, позволяет целенаправленно формировать или вмешиваться в формирующуюся внутреннюю картину болезни. Подготовительным этапом при этом должно быть изучение стихийно формирующихся представлений больного; определение весомого вклада, вносимого во внутреннюю картину болезни особенностями личности больного, болезнью и наиболее значимыми характеристиками ситуации заболевания.



### § 3. ВЛИЯНИЕ СИТУАЦИИ СЛОЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ<sup>1</sup>

В особенностях внутренней картины болезни (ВКБ) отражается целый ряд важных для врача и психологической судьбы больного моментов. Можно указать на несколько из них, значение которых перво-степенно:

- 1) преморбидная личность больного;
- 2) актуальная жизненная ситуация, в которой находится больной;
- 3) прогностические признаки, важные для оценки возможности формирования у больного психических отклонений от нормы, патохарактерологических сдвигов и аномального развития личности.

Таким образом, ВКБ — основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Этот вторичный симптомокомплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного. Именно поэтому ВКБ является центральным психологическим образованием, на которое в первую очередь необходимо направлять психокоррекционные воздействия.

Для наиболее оптимального проведения психокоррекционной работы важно установить, каким образом протекает формирование ВКБ. Каждый из уровней ВКБ, о которых речь шла в предыдущем разделе, проходит свой особый путь формирования. Кроме того, каждый из них в разной степени может быть выражен на отдельных этапах течения болезни.

В формировании ВКБ принимают участие различные обстоятельства. Удельный вес каждого из них различен на разных этапах диагностического и лечебного процесса. При этом имеют важное значение как объективные условия жизни больного (социальные условия жизни больного, объективная тяжесть заболевания, его объективный прогноз, степень витальной угрозы и т. д.), так и субъективный контекст деятель-

---

<sup>1</sup> В этом параграфе использован материал психологического изучения больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом.



ности (направленность больного, уровень общей активности, особенности самооценки, т. е. весь комплекс преморбидных особенностей личности). Не меньшую роль при этом играют и совокупность ситуационных особенностей жизни больного, его взаимодействия с миром. Важным ситуационным фактором, формирующим ВКБ, становится вся ситуация лечения: тяжесть и длительность лечебных процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала, содержание и стиль взаимоотношений больного с медицинскими работниками.

Ситуация лечения больных ХПН гемодиализом является достаточно хорошей моделью для изучения роли всех этих воздействий, влияния их на динамику ВКБ. Специфика лечения больных гемодиализом такова, что все ситуационные и содержательный компоненты лечебной ситуации оказываются при этом чрезвычайно заостренными, выступают для исследователя в особенно выпуклой форме.

Психические и неврологические нарушения у больных ХПН характеризуются большим разнообразием. При этом в литературе отмечается типичное для соматогений уменьшение полиморфизма психических нарушений по мере утяжеления соматического состояния (Цивилько, Гудкова, 1972; Цивилько, 1977). Возникновение психических нарушений связывают с уремической интоксикацией (Глориозова, Хондкарин, Шульцев, 1980; Лебедев, 1976; Мартынов, Малкова, Чекнева, 1980); отеком мозга, сосудистыми и метаболическими нарушениями, органическими изменениями в головном мозге (Цивилько, 1977).

В процессе лечения гемодиализом психические нарушения также претерпевают ряд изменений. Гемодиализ, с одной стороны, уменьшает интоксикацию, неблагоприятно воздействующую на мозг, с другой стороны, как отмечает М. А. Цивилько (1977), улучшение соматического состояния выдвигает на первый план иной аспект ситуации — психотравмирующее влияние болезни и лечения. Астения же при этом создает благоприятную почву для формирования психогенных реакций (чаще всего астено-депрессивного характера).

В литературе мы находим указания на то, что в ситуации лечения гемодиализом больной ХПН оказы-



вается под воздействием многих стресс-факторов. Так, Б. А. Лебедев (1976) выделяет три группы подобных воздействий, связанных с гемодиализом:

1) связанные с самой процедурой гемодиализа (принятие решения о гемодиализе, забота об артерио-венозном шунте, боязнь его тромбирования, постоянная и полная зависимость от аппарата и медицинского персонала, длительность сеанса и т. д.); 2) связанные с изменением всей жизненной ситуации больного: уход из коллектива; внезапность перемены обстановки; окружение тяжело больных людей; их смерть; разлука с семьей; 3) дополнительные ограничения желаний и влечений, налагаемые режимом лечения, что приводит к состояниям фрустрации (сюда прежде всего относятся диета и снижение половой потенции).

Некоторые исследователи обратили внимание на особенности формирования в этих условиях внутренней картины болезни. Л. Д. Зикеева (1974, 1978) выявила у больных ХПН пониженный психологический тип переживания болезни, который расценивается часто как проявление защитных психологических механизмов «отрицания болезни». Однако эти больные только внешне, как отмечает исследователь, производят впечатление недооценивающих болезнь, но на самом деле они понимают серьезность своего положения, крайне болезненно переживают его, но при этом стараются «отбрасывать» страшные мысли о болезни и не показывать их окружающим. Райт (Wright, 1966) с помощью ММРІ обнаружил изменения в шкалах, характерные для механизмов отрицания. Райхсманн, Норман (Reichsmann, Norman и др., 1972) также утверждают, что ни у одной группы больных не наблюдали такого широкого использования механизма отрицания. Еще более противоречивы данные, касающиеся изменения личностных реакций на болезнь в связи с использованием гемодиализа. Гольдштейн и Резникофф (Goldstein, Resnikoff, 1971) отмечают, что во время гемодиализа на первый план нередко выступают недооценка болезни или ее полное отрицание, легкомысленное отношение к диете, режиму. М. А. Цивилько (1970, 1977) особенностью личностных сдвигов у больных, находящихся на гемодиализе, считает полную фиксацию на болезни, сниженный



фон настроения, аффективную неустойчивость. Автор отмечает, что исключительно важное влияние на внутреннюю картину болезни оказывает микрогруппа: больные отделения, персонал, семья.

Проблема адаптации к лечению гемодиализом, прогноза «психологической пригодности» к условиям лечения остается практически очень важной. Решение ее связывается прежде всего с разработкой психологического и этического аспектов. По нашему мнению, ключевым здесь должно стать понятие внутренней картины болезни.

Мы предприняли совместно с Г. А. Ариной и Т. Н. Муладжановой<sup>2</sup> попытку изучения динамики внутренней картины болезни у больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализом. Во многих работах встречаются указания на длительный и сложный процесс формирования ВКБ. Психологическая адаптация проявляется в снижении остроты переживаний с возникновением надежды на выздоровление. В. В. Ковалев (1972) связывает психологическую адаптацию у больных хроническими заболеваниями с выработкой комплекса приемов для преодоления сознания своей неполноценности, переживаний ограничения физических и психических возможностей, изменившегося самочувствия и других проявлений болезни.

Сама идея сложной, многофакторной (личность, болезнь, ситуация лечения) детерминации субъективного переживания болезни содержит в себе указание на чрезвычайную «чуткость», динамичность этого психологического феномена. Взаимодействуя, указанные факторы создают картину закономерного становления и развития ВКБ.

Можно думать, что независимо от нозологической специфики отношение к болезни имеет одни и те же этапы становления, одни и те же закономерности формирования, источник которого следует искать в закономерностях складывающейся вследствие заболевания ситуации, в частности ситуации лечения. Мы предположили, что динамика ВКБ может быть

<sup>2</sup> Одним из руководителей диссертационной работы Т. Н. Муладжановой являлась зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Университета дружбы народов им. П. Лумумбы профессор М. В. Коркина.



обусловлена не только сменой видов лечения, но может существовать при использовании одного вида лечения. Под лечением здесь, конечно, понимается не только использование каких-то лечебных процедур, а вся ситуация в целом: особенности госпитального режима, разлука с родными, изменение отношений с ними, особенности взаимоотношений с персоналом, отношения с другими больными и т. д. Мы считаем, что динамика ВКБ связана с переструктурированием ее, изменением иерархии уровней, сменой ведущего уровня ВКБ.

Ситуация лечения гемодиализом позволяет выявить и охарактеризовать роль каждой группы факторов в формировании ВКБ (личности, болезни, ситуации лечения). Как уже отмечалось, ситуация лечения гемодиализом имеет ряд особенностей. Во-первых, больные, как правило, поступают на лечение в очень тяжелом состоянии. Гемодиализ — единственное средство продлить их жизнь. Во-вторых, гемодиализ по своему назначению (органозамещающая терапия) только средство «оттянуть» летальный исход и подготовить больного к операции трансплантации почки. Это может длиться достаточно долго (несколько лет), и больные долгие месяцы могут находиться в стационаре. В-третьих, гемодиализ — очень сложная процедура, в которой используется новейшая техника (аппарат «искусственная почка»). Фактически получается, что жизнь человека начинает зависеть от машины, в первую очередь от ее исправности. В этой ситуации роль персонала, а значит, и отношение больных к медперсоналу несколько иные, чем в других клинических условиях. Важно было проследить отражение этих особенностей гемодиализа в субъективных переживаниях и преломление всей ВКБ в системе отношений больного. Наша работа имеет и практический аспект: поиск и выявление путей и возможностей психологической и психотерапевтической помощи больным, находящимся в ситуации длительного лечения.

Остановимся более подробно на рассмотрении динамики формирования ВКБ у больных ХПН в ситуации лечения гемодиализом.

*ВКБ на этапе подготовки к лечению гемодиализом.* Больные ХПН, находящиеся на консервативном лече-



нии, обычно заранее знают о назначении им гемодиализа. В структуре ВКБ на этом этапе наиболее выражен эмоциональный уровень, сензитивный, как правило, адекватен объективной картине заболевания. Интеллектуальный уровень начинает также интенсивно формироваться в этот период отчасти за счет поступления избыточной информации от других больных, частично же вследствие вынужденного наблюдения за состоянием других больных, посещающих сеансы гемодиализа.

Сензитивный уровень ВКБ выражается в совокупности жалоб на самочувствие в целом. Больные отмечают слабость, тошноту, головную боль, кожный зуд. Жалоб на умственную работоспособность, как правило, не высказывают. Наблюдается явная ретроспективная переоценка состояния здоровья в прошлом.

Эмоциональный уровень ВКБ в этот период характеризуется напряженным ожиданием начала лечения, страхом перед ним. Для больных характерно чувство вины в связи с заболеванием. Они сожалеют, что поздно обратились к врачу, «не уберегли себя». При заполнении бланка методики «незаконченные предложения» больные, по данным Т. Н. Муладжановой (1983), 50% предложений по теме «сознание вины» завершают фразой, отражающей в своем содержании факт болезни. Например: «Моей самой большой ошибкой было себя не убереечь». С сожалением рассказывают, что не смогли продолжить работу, учебу; болезнь характеризуют как препятствие на пути достижения жизненных целей. По данным методики «незаконченные предложения» прежние жизненные цели отразились в 19% фраз, в 43% формулировалась цель — стать здоровым. По теме «прошлое» 21% ответов касался прежнего здоровья. 25% продолжений фраз по теме «страхи и ожидания» связаны с предстоящим лечением гемодиализом.

Интеллектуальный уровень ВКБ только начинает формироваться. Оценка гемодиализа при этом отрицательна. Часть больных в беседе сообщают, что они скорее согласились бы на операцию, чем на лечение гемодиализом. В «незаконченных предложениях» при этом 61% фраз о будущем связан с надеждой на выздоровление, удачную пересадку почки в будущем.

Мотивационный уровень ВКБ представлен на этом



этапе негативной окраской всей ситуации в больнице: больные тяготятся пребыванием в стационаре, недовольны обстановкой. Сами к общению с персоналом не стремятся, контакт с ним ограничивается только обсуждением результатов анализов, за которыми больные следят и в которых они начинают разбираться. Пристально следят за внешним видом, поведением и состоянием пациентов, находящихся на лечении гемодиализом, нередко стремятся избегать общения с ними. Прикладывают все усилия, чтобы оттянуть начало лечения гемодиализом. Соглашаются на экспериментально-психологическое обследование с целью отвлечься, занять время, «порешать задачки». По мере выполнения заданий они втягиваются, адекватно реагируют на похвалу и замечания экспериментатора, становятся более активными. Однако подлинной заинтересованности, или, иначе говоря, мотива экспертизы (Соколова, 1976; Зейгарник, 1976, 1979), на этом этапе лечения у больных создать не удается. Цель исследования в сознании больных не соотносится с волнующей их проблемой начала лечения гемодиализом.

*ВКБ на этапе начала лечения гемодиализом.* На этом этапе лечения, как показывают результаты исследования с Т. Н. Муладжановой (1983) и Г. А. Ариной (1981), наблюдаются два варианта ВКБ. Их формирование связано с влиянием таких факторов, как продолжительность предварительного подготовительного периода к гемодиализу, тяжесть соматического состояния до начала лечения.

Первый вариант выделен у больных, поступивших на лечение в тяжелом соматическом состоянии, вследствие которого лечение гемодиализом было предпринято вскоре после поступления в стационар. Соотношение структурных компонентов ВКБ у этих больных было следующим.

Сензитивный уровень характеризуется значительным улучшением общего самочувствия, уменьшением количества жалоб, изменением содержания жалоб. Больные, как правило, отмечают лишь общую слабость.

Эмоциональный уровень ВКБ представлен общим подъемом настроения, иногда доходящим до степени эйфории. Больные, как и до лечения, полностью со-



средоточены на гемодиализе, но знак отношения к нему меняется на противоположный. Больные отмечают облегчение после сеанса, даже неприятные ощущения склонны интерпретировать как признаки возвращения к жизни. Меньше выражено чувство вины за свое заболевание (33% ответов в «незаконченных предложениях» вместо 50% на подготовительном этапе). Менее значимым становится отношение к состоянию здоровья в прошлом: только 12% продолжений фраз по теме «прошлое» касаются здоровья.

Интеллектуальный уровень содержит благоприятную оценку перспектив лечения, высказывания содержат надежду на выздоровление. В «незаконченных предложениях» 75% окончаний фраз по теме «будущее» связано с надеждой на выздоровление. Значительно уменьшается количество окончаний фраз с пессимистической оценкой будущего (2% против 15% на подготовительном этапе).

Мотивационный уровень характеризуется актуализацией прежних жизненных целей. Больные начинают обсуждать перспективы возвращения к профессиональной деятельности, рассказывать о своих планах и намерениях. Показательно в этом отношении сравнение результатов по методике «незаконченные предложения» с этапом, предшествующим лечению. Так, если на этапе подготовки к лечению гемодиализом прежние цели отражались в 19% ответов, то теперь — в 45%. Отношение к врачам и медицинскому персоналу окрашено положительными эмоциями. Больные тепло отзываються о врачах, стремятся к общению с персоналом отделения. Изменяется даже внешний облик больных: они начинают следить за своим внешним видом, женщины начинают применять косметику.

В беседу с психологом больные включаются легко, подробно отвечают на вопросы, охотно выполняют предложенные задания, проявляют к ним интерес. Адекватно реагируют на похвалу и порицания. Вместе с тем часто объясняют наличие ошибок в работе случайностью, невниманием, отсутствием должной тренировки, т. е. обнаруживают несколько «облегченное» и не вполне критичное отношение к работе.

Характерной особенностью ВКБ этих больных на начальном этапе лечения гемодиализом является фор-



мирование завышенной модели ожидаемых результатов лечения: больные считают, что уже в скором времени наступят полное выздоровление, возвращение к прежнему образу жизни, к труду.

Другой тип ВКБ наблюдается у больных, прошедших через длительный этап подготовительного консервативного лечения. В структуре ВКБ этих больных эмоциональный уровень менее выражен, чем на подготовительном этапе, в то же время хорошо представлен интеллектуальный уровень ВКБ. Остановимся на более детальной характеристике ВКБ у этих больных.

Сензитивный уровень ВКБ характеризуется уменьшением числа жалоб, соответствием их содержания объективной картине заболевания, общим улучшением самочувствия. Оценивая ретроспективно свое состояние на подготовительном этапе лечения, они считают его менее удовлетворительным, чем представляли себе раньше. При сравнении своего состояния до заболевания и в момент обследования больные вводят параметр собственного отношения к болезни. Так, больная Г. (наблюдение Т. Н. Муладжановой, 1983) ставит по шкале «физическое здоровье» (методика Дембо-Рубинштейн) две отметки — 1974 г. и момент обследования и говорит при этом: «До 1977 г. я знала, что болею, но чувствовала себя здоровой, знала, что больна, но больной себя не считала, жила полноценной жизнью». Введение параметра «отношение к болезни» позволяет снизить субъективную значимость разрыва ретроспективной и актуальной оценок своего состояния. Придавая этому разрыву специфический личностный смысл, они фактически приравнивают реальное состояние к прежнему, компенсаторно повышают самооценку в момент обследования.

Эмоциональный уровень ВКБ у этих больных характеризуется снижением страха перед гемодиализом, общим повышением настроения, но без явлений эйфории. В «незаконченных предложениях» по сравнению с подготовительным этапом лечения отмечаются снижение страха в связи с гемодиализом (25% фраз на подготовительном этапе, 18% на начальном этапе лечения гемодиализом), снижение чувства вины за собственное заболевание (50% фраз на подготовительном этапе, 42% на данном этапе лечения).



Интеллектуальный уровень ВКБ характеризуется изменением критериев оценки состояния. Главными в оценке становятся результаты анализов, показатели которых улучшаются в ходе лечения, и общее самочувствие после сеансов гемодиализа. Оценка гемодиализа становится более нейтральной, ровной.

Мотивационный уровень ВКБ строится с учетом отношений к персоналу. Оно становится более избирательным: выделяется врач, которому больной доверяет и к мнению которого прислушивается. Оживляются некоторые преморбидные интересы больных: во время сеансов гемодиализа они начинают читать, решать кроссворды, следить за работой аппарата «искусственная почка».

*ВКБ на этапе хронического лечения гемодиализом.* В адаптации больных к хроническому гемодиализу можно выделить два периода, которые условно можно назвать периодом «общего недовольства» и «собственно адаптацией». В структуре ВКБ у больных с неадекватной моделью ожидаемых результатов лечения на начальном этапе наиболее выражен период общего недовольства. В ВКБ у этих больных ведущим становится интеллектуальный уровень, который начинает определять содержание и других компонентов ВКБ — эмоционального и сензитивного главным образом. Сензитивный уровень максимально объективизирован, он строится не столько на основе собственных ощущений, сколько по данным анализов и оценкам врачей. Жалоб становится много, особенно частыми становятся жалобы на плохое самочувствие во время и после гемодиализа. Сами больные зачастую объясняют их некачественным проведением гемодиализа, обсуждают вопрос об индивидуализации лечения. Например, одна из больных (К.) (наблюдение Т. Н. Муладжановой, 1983) говорит: «Нет необходимости проводить мне длительный диализ по 5—6 часов. Я набираю 800 грамм и поэтому нуждаюсь в трехчасовом гемодиализе. Необходимо же учитывать показания? Из меня выкачивают нужную мне жидкость. Зачем? Из-за длительных сеансов падает гемоглобин, нужно его наедать, а тем самым увеличивается вес, и все больше нужен диализ. Замкнутый круг. Врачи не знают ситуации больных».

Эмоциональный уровень ВКБ у этих больных су-



щественно изменяется. Они становятся раздражительными и конфликтными. Начинают избегать обсуждения перспектив выздоровления и вопросов, связанных с прошлым и будущим. В «незаконченных предложениях» резко уменьшается количество продолжений фраз, положительно характеризующих будущее, перспективы жизни (48% против 75% на начальном этапе гемодиализа). Возрастает количество фраз в отрицательной оценке будущего (23% вместо 2% ранее).

Интеллектуальный уровень ВКБ строится на основе знания больных об особенностях гемодиализа, его возможных осложнениях и т. д. Критерием оценки состояния являются показания специальных исследований и оценки врачей.

Изменяется отношение к обстановке в отделении, режиму, поведению медицинского персонала. Больные остро реагируют на малейшие замечания, высказывают различные претензии к действиям персонала. Вот примеры подобных высказываний: «Нужно долго просить, чтобы к тебе подошли», «Если утром спишь, то все равно разбудят в 7 часов, чтобы измерить температуру, как будто нельзя позже» и т. п. Следят за действиями персонала, ищут подтверждения их «недобросовестности». Отношение к экспериментально-психологическому исследованию в этот период негативное. Больные задают вопросы о целях и смысле исследования, отмечают, что им непонятно, зачем все это нужно, отказываются обсуждать свое состояние и проблемы, замыкаются в себе, дают формальные ответы.

В период «собственно адаптации» снова изменяются как содержание ВКБ, так и соотношение, удельный вес отдельных ее уровней.

Содержание сензитивного уровня определяют жалобы на снижение умственной работоспособности, памяти, внимания. Часть больных при этом отмечают изменения характера — раздражительность, капризность. Центром эмоциональной жизни становится операция по пересадке почки, в связи с чем все проблемы прошлой жизни теряют свою актуальность. Отношение к операции при этом двойственное: с одной стороны, с нею связываются все надежды, с другой — операция страшит и тревожит. В «незаконченных



предложениях» при этом возрастает количество фраз по теме «страхи и опасения» (24%). К гемодиализу больные при этом относятся как к уже привычной процедуре; просят психолога провести обследование, чтобы «скоротать время».

Особенно ярко выраженной становится в этот период интеллектуальная часть ВКБ. Больные активно собирают информацию о болезни, удачных и неудачных операциях. Анализ состояния подчинен вероятности удачной пересадки почки. Возникают и новые критерии оценки. Больные начинают придавать большее значение умению «держаться в руках», «не раскисать», хорошему внешнему виду, сохранности интереса к жизни. Использование больными наиболее «выгодных» для себя критериев оценки состояния особенно наглядно выступает на следующем примере. Больная С. (мы обращаемся снова к наблюдениям Т. Н. Муладжановой, 1983) при первом обследовании считает (в методике Дембо — Рубинштейн) самыми больными тех людей, у «которых была неудачная пересадка, у кого сердечная недостаточность». Повторно больная была исследована после неудачной пересадки почки и возвращения к лечению гемодиализом. Распределение оценок по шкалам при этом аналогично первому обследованию, однако больная использует другие критерии для этого: «Самые больные, которые лежат, не двигаются, не общаются, им все безразлично». Рассуждения больных при оценивании себя по шкалам часто противоречивы, непоследовательны. Например, одна из больных по шкале «счастье» относит себя почти к самым несчастным и отмечает при этом: «Счастье — это здоровье... Но и до болезни не была счастлива, неудачная семейная жизнь, муж — алкоголик».

В этот период общение больных с персоналом носит поверхностный характер, больные пытаются использовать его (как и психолога) для выяснения оценки врачом их состояния. Отношение к экспериментально-психологическому исследованию мотивируется прежде всего стремлением больных отвлечься от волнующих их мыслей по поводу предстоящей операции. Они с интересом выполняют предложенные задания, вместе с тем избегают обсуждения вопросов о прошлом и будущем, отказываются от выполнения



тех заданий, которые наталкивают их на размышления на эти темы.

В исследовании Т. Н. Муладжановой (1983) наряду с адекватным вариантом ВКБ у части больных выявлен еще один, названный ею «фрагментарным». Он отличается тем, что больные переоценивают значимость физического статуса и явно недооценивают значение психических изменений. Они предъявляют жалобы только на плохое соматическое состояние. При шкалировании самооценки по методике Дембо — Рубинштейн наблюдается значительный разрыв в оценках по шкале «здоровье» между ретроспективной оценкой прошлого и настоящего положения дел. Если в прошлом, до заболевания, они считают себя самыми здоровыми людьми, то на момент исследования оценивают себя по этому параметру крайне низко, относят к категории почти самых больных. Настроение больных снижено. По данным «незаконченных предложений» основной жизненной целью их становится здоровье. Тема «здоровье» начинает резко преобладать в тех фразах, которые касаются перспектив жизни, будущего (71% в предложениях, касающихся будущего, 48% в теме «жизненные цели»). Перспективы лечения оцениваются противоречиво. Так, 39% окончаний фраз в теме «будущее» (по «незаконченным предложениям») имеют оптимистическую формулировку, а 32% — пессимистическую. Существенных изменений по шкалам самооценки «психическое здоровье», «ум», «характер» не обнаруживается. В прямой связи с оценками физического состояния находятся только оценки по шкале «счастье». Если оценка по параметру «счастье в прошлом» у этих больных в 73% располагается в самой верхней зоне шкалы, то оценка того же признака «в настоящем» в 64% случаев располагается в самой нижней части шкалы. Основным критерием оценок по этой шкале является возможность работать и приносить пользу. В отделении эти больные пассивны, большую часть времени проводят в постели. Пристально следят за своим весом, анализами, соблюдают диету. Анализ собственного состояния целиком поглощает их внимание. В силу этого отношение и к экспериментально-психологическому исследованию пассивное: легко отказываются от дальнейшей работы в случаях за-



труднений. Мотив экспертизы не формируется. Именно у больных с подобной ВКБ обнаруживается нарушение мотивационного компонента мышления (см. об этом во II главе).

Решающую роль в оформлении фрагментарного варианта ВКБ на этапе хронического гемодиализа, как мы предполагаем, играют преморбидные особенности личности. Описанная здесь картина наблюдалась у больных, отличавшихся до заболевания нешироким кругом интересов, ограниченностью контактов с окружающими людьми, видевших основной смысл жизни в работе. Невозможность реализации прежнего мотива приводит к тому, что новый мотив, «сохранение здоровья», ситуационно возникающий сначала в периоды обострений состояния, становится ведущим, определяющим все поведение и стиль жизни в целом.

Мы остановились на рассмотрении динамики ВКБ в ходе применения одного метода лечения. Можно предполагать несколько иную картину при их смене. Однако для нас важно было установить, что вся ситуация лечения в целом, особенности собственной активности больного на каждом из этапов формировали особый по содержанию тип ВКБ; динамика ВКБ в целом может быть рассмотрена как основной показатель той трансформации, перестройки, ломки личности больного, которая происходит в этот период и на которой мы остановимся более подробно в IV главе.

В заключение этого параграфа остановимся специально на вопросе психологической коррекции ВКБ у больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализом.

В литературе отмечается, что цели подобного психокоррекционного воздействия могут быть различными: уменьшение чувства беспомощности и зависимости от машины (Джавад-Заде и др., 1977; Drotar et al., 1979; Freyberger 1979), снижение тревоги и страха смерти (De-Nour, 1968, 1969; Kielstein et al., 1975), реабилитация больных с целью хотя бы частичного возобновления профессиональной деятельности после начала гемодиализа (Цивилько, 1977; Верховский и др., 1981; Freyberger, 1979), создание у больных адекватного представления о методе лечения (Цивилько,



1977; Джавад-Заде и др., 1977). При этом многие авторы подчеркивают, что наиболее эффективна коррекционная работа, проводимая в содружестве психиатра и психолога (Цивилько, 1977, 1980; Лебедев, 1976; Murby et al., 1977; Armstrong, 1978; Müller et al., 1980 и другие).

Теоретико-методологической основой программы психокоррекционных воздействий на больных ХПН может стать концепция реабилитации, разработанная в последнее время в отечественных исследованиях (Кабанов, 1978). Согласно этой концепции, основными принципами реабилитации являются следующие:

1) принцип партнерства, заключающийся в привлечении самого больного к осуществлению лечебно-восстановительных мероприятий;

2) принцип разносторонности усилий и воздействий, направленность реабилитационных мероприятий на различные сферы психосоциального функционирования больного;

3) принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия.

4) принцип ступенчатости, переходности проводимых мероприятий.

Многие исследователи (Цивилько, 1977; 1980; Ермоленко и др., 1970; Лопаткин и др., 1974, 1977; Лебедев, 1976; Джавад-Заде и др., 1977; Коркина и др., 1979) считают обязательным начало психокоррекционной работы уже на этапе подготовки к гемодиализу.

Анализ литературных данных и результаты исследования Т. Н. Муладжановой (1983) позволяют наметить ряд путей работы с больными, способствующих формированию адекватного представления о болезни, лечении и его последствиях. Основная цель работы — предупреждение формирования «утяжеленных» форм ВКБ, возникновение которых может осложнять общую картину течения болезни. Психологическая помощь больным должна строиться с учетом этапа формирования ВКБ и того, какой уровень отражения болезни является ведущим на данном этапе в структуре ВКБ.

На этапе подготовки к лечению гемодиализом психокоррекционное воздействие должно начинаться с формирования терапевтической среды в отделении. При этом нежелательно размещение в одной палате



пациента, готовящегося к лечению гемодиализом, и больного после неудачной пересадки и посещающего гемодиализ; помещение в диализном зале вновь поступившего больного рядом с хроническим, у которого диализы протекают тяжело, с осложнениями. Подобные же рекомендации мы находим и у других авторов (Цивилько, 1970, 1977, 1981; Джавад-Заде и др., 1977; Лопаткин и др., 1977). Кроме того, в этом периоде показаны индивидуальные формы работы с больными, направленные на обеспечение больного оптимальной и непротиворечивой информацией и снятие негативных эмоциональных переживаний.

На начальных этапах лечения гемодиализом задача психокоррекции заключается в предупреждении возможного формирования чрезмерно оптимистического представления о результатах лечения. Как показали результаты исследования Т. Н. Муладжановой, оно возникает на фоне резкого улучшения самочувствия после первых сеансов гемодиализа при условии недостаточной информированности больного о сущности лечения.

В этот период наиболее вероятны нарушения режима, диеты, физические перегрузки. Больные стремятся как можно быстрее вернуться к прежнему образу жизни. Индивидуальная работа с больными в этот период должна быть направлена (как и на подготовительном этапе) на формирование адекватного знания о болезни и ее последствиях, т. е. интеллектуального уровня ВКБ.

Психокоррекционные воздействия на больных в этот период особенно важны. Как отмечает Т. Н. Муладжанова (1983), у этих больных последующий период «общего недовольства» протекает особенно остро, с переоценкой тяжести состояния, пессимистической оценкой будущего.

К этапу хронического применения гемодиализа у большинства больных в структуре ВКБ формируется стойкий мотив «сохранения здоровья». Становится актуальной так называемая терапия занятостью. Под лечением занятостью понимается «научно обоснованная система различных занятий, имеющих лечебное значение для больных» (Рожнов, Либих, 1979. — С. 538). Основные цели подобных занятий — развитие сохранных сторон личности, компенсирова-



ние нарушенных отношений, создание новых интересов, отвлечение от болезненных переживаний (Лебединский, 1977; Кабанов, 1978; Рожнов, Либих, 1979; и др.).

Результаты исследования Т. Н. Муладжановой позволили предположить, что при тщательном постоянном контроле за физическим и психическим состоянием больных допустимыми являются и групповые формы работы с больными. Они могут быть направлены, по мнению автора, на решение ряда вопросов:

1. Предупреждение возникновения у больных новых иатрогений и эгротогений в ходе дидактических занятий в группе, направленных на разъяснение больным некоторых особенностей заболевания и лечения гемодиализом;
2. Профилактика невротических наслоений (чувства одиночества, беспомощности, тревоги);
3. Создание у больных, готовящихся к операции пересадки почки, лечебной перспективы, прежде всего за счет привлечения к работе тех больных, которые перенесли удачную операцию;
4. Социальное активирование, перестройка отношений личности, преодоление ухода в болезнь.

#### § 4. ВЛИЯНИЕ КОСМЕТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА НА СТРУКТУРУ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

К числу важнейших факторов, влияющих на особенности формирования ВКБ, можно отнести возраст больного хроническим заболеванием и характер дефекта. Любая хронически протекающая болезнь (даже если она не имеет витальной угрозы) ставит человека в специфические условия жизнедеятельности. К их числу относятся: необходимость соблюдения режима, диеты, выполнение различных (иногда довольно сложных) лечебных рекомендаций, вынужденное ограничение контактов с людьми, иногда — затруднения в выполнении профессиональной деятельности, может быть, даже выход на инвалидность и т. д. Изучение всех этих условий может способствовать пониманию некоторых механизмов формирования личности, что, в свою очередь, необходимо для решения задач профилактики нежелательных (как в социальном, так и в индивидуально-психологическом отношении) патологических развитий личности.



Нами совместно с И. С. Михайловой и Г. И. Жук<sup>3</sup> предпринята попытка изучения некоторых особенностей отношения к болезни и его влияния на развитие личности у больных хроническим заболеванием кожи (атопический дерматит<sup>4</sup> и псориаз). Остановимся на краткой характеристике клинической картины этих заболеваний.

*Атопический дерматит* (гр. *atoru* — чужой) включает целый комплекс отдельных нозологических единиц (дерматозов), границы заболевания окончательно и четко еще не определены. Заболевание начинается чаще всего в возрасте 2,5—3 месяцев и продолжается до 40—45 лет. Страдают в основном женщины и девочки. Патологический процесс начинается с поражения кожи шеи, позже распространяется на туловище, конечности (особенно локтевые и подколенные сгибы). На коже появляются гиперемия, отечность, шелушение, кровянистые корочки, она постепенно темнеет, приобретает серовато-бурую окраску. Заболевание сопровождается резким зудом.

*Псориаз* — хроническое заболевание кожи, протекающее волнообразно, с периодами обострений и ремиссий; в его генезе важную роль играют нарушения функций желез внутренней секреции и нервно-психические травмы. Проявляется оно появлением высыпаний в виде сначала мелких узелков (папул) на коже, покрытых легко отслаивающимися чешуйками. Папулы могут увеличиваться, сливаются, образуя при этом бляшки обезображивают кожу. Процесс может быть как ограниченным, так и распространенным.

Хроническое длительное течение этих заболеваний с периодическими обострениями (наиболее резкими в пубертатный период), резистентность к терапии, необходимость соблюдения диеты, мучительное субъективное переживание зуда, постоянное чувство стыда и дискомфорта, испытываемое больными при общении с окружающими, а подчас и вынужденное ог-

<sup>3</sup> Клиническая часть работы обеспечивалась участием в ней кандидата медицинских наук Г. А. Гариной.

<sup>4</sup> Вопрос о возможности выделения данной нозологической формы в медицине является дискуссионным. Для нас в данном случае важна не нозология сама по себе, а наличие дефекта внешности при заболевании кожи.



раничение контактов с людьми — вот тот далеко не полный перечень неблагоприятных условий, в которых протекает жизнедеятельность этих больных.

Если принять во внимание раннее начало заболевания, то становится очевидным, что развитие личности этих больных протекает в специфических условиях, созданных заболеванием.

Как показывают клиническая практика и ряд проведенных исследований, одним из важнейших условий, способствующих формированию аномальных черт личности, является характер отношения больного к своему заболеванию, т. е. то, как отражается болезнь в его психике, какой личностный смысл приобретает, преломляясь через мотивационную сферу личности.

В клинической литературе (англо-американской) собран обширный материал, касающийся психического статуса больных атопическим дерматитом. Здесь мы приводим обзор такого рода исследований, проведенных Л. М. Гольдштейном (1963, 1967).

Так, по данным Гринхилла (Greenhill) и Финезингера (Finesinger), для больных атопическим дерматитом характерны страхи, депрессии, необоснованная враждебность. Фиск (Fiske), Обермайер (Obermayer) в качестве отличительных особенностей этих больных выделяют беспокойство, недостаточную эмоциональную самостоятельность, агрессивность, пониженную выносливость к стрессу, другие же авторы (Laughlin, Shoemaker, Guy) подчеркивают чрезмерную пассивность, повышенный эротизм, агрессивное отношение к родственникам, тесную связь различных жизненных потрясений с обострениями заболевания. Согласно Вудхэду (Woodhead), интеллектуальное развитие детей, страдающих атопическим дерматитом, выше среднего. Они, как правило, преждевременно развиты, агрессивны, в более позднем возрасте становятся тиранами семьи, эгоистами и постепенно превращаются в нелюдимых, подавленных людей.

В работе Амара, Курбона (Ahmar, Kurban, 1976) проведено сравнительное исследование больных атопическим дерматитом, больных другими дерматозами и здоровых людей. Использовались следующие методы: шкала тревоги Тейлор, MMPI. В результате исследования установлено, что больных атопическим



дерматитом отличает самый высокий уровень тревоги, а также депрессии, ипохондрии, истерии (почти в два раза выше по сравнению с нормой).

Результаты сравнительного исследования больных эндогенной экземой (атопический дерматит) и нейродермитом, проведенного Shulmeyer (1977), говорят о том, что больных atopическим дерматитом отличают более высокий уровень депрессии, существенные трудности в общении с окружающими, патологическое поведение в партнерстве: нетерпение, упрямство, претензии на господство, или же патологическая уступчивость, невозможность настоять на своем.

Следует отметить, что работы многих зарубежных авторов направлены главным образом на поиск психической патологии больных atopическим дерматитом и особенностей нейроциркуляторной регуляции. При этом многие из них обращались к трактовке данного заболевания в духе классической психосоматики. При этом основной причиной atopического дерматита признается недостаточная ласковость со стороны родителей; вытеснение некоторых внутренних комплексов приводит в конечном итоге к этому заболеванию, и помочь здесь может только психоаналитик (Woodhead, 1946; Williams, 1951).

В последние годы появился целый ряд отечественных работ, посвященных изучению психологических особенностей больных хроническими дерматозами. Основная цель этих исследований — разработать методы психотерапевтической коррекции этих больных. Так, в исследовании В. Н. Гороховой (1974) было выделено четыре группы больных.

1. Больные с адекватным поведением, с кратковременным снижением настроения и реакциями адаптации в форме временной псевдоаутизации, в стремлении к обществу себе подобных на время рецидива дерматоза, в изменении характера работы рядом больных с учетом хронического течения болезни. В анамнезе — отсутствие длительных психотравм и тяжелых стрессовых ситуаций. Высыпания на коже имеют преимущественно ограниченный характер. Рецидивы быстро купируются под влиянием проводимой терапии.

2. Больные с кратковременной невротической реакцией в виде эмоциональной дезорганизованности,



астенических и соматовегетативных проявлений с тенденцией к усложнению патопсихологической картины болезни. Жалобы более многочисленные, сопровождаются болезненной психологической переработкой наружных проявлений болезни, с сознанием временного косметического дефекта. В анамнезе у большинства — длительные психотравмирующие ситуации, отягощенность соматическими заболеваниями. У 1/3 части больных дерматоз развился в детском и подростковом возрасте. Рецидивы — чаще, менее выражены сезонность, четкая зависимость течения кожного процесса от нервно-психического и соматического состояния больных.

3. Больные с затянувшейся невротической реакцией. Полиморфная невротическая симптоматика сочетается с общим снижением психической активности, висцеропатиями и ипохондрической фиксированностью на соматических жалобах. В преморбиде — невротизация и высокая подверженность простудным, инфекционным, а также обменным заболеваниям. Течение дерматоза тяжелое, имеется склонность к распространению с преобладанием обострений в зимне-весенний период.

4. Больные с патологическим развитием личности и нередко выраженными патохарактерологическими чертами эффективно-возбудимого, истероидного и обсессивно-ипохондрического типа. Раннее начало кожного заболевания у большинства больных этой группы обусловило развитие патохарактерологических черт у них в подростковом возрасте. Этому способствовали психологически трудные условия детства. У большинства — биологически неполноценная «почва» в виде наследственной отягощенности рядом соматических заболеваний. Наблюдаются признаки задержки психического развития, черты парциального психического инфантилизма как следствие социальной депривации. Дерматозы отличаются упорным течением.

Еще в работах дерматовенерологов прошлого века упоминается о нарушениях со стороны психики при дерматозах.

В современных исследованиях (Киселева, 1971; Шевченко-Болтикова, 1971) отмечаются следующие особенности нервно-психических нарушений у боль-



ных дерматозами. В первые дни обострения заболевания, когда поражаются все новые и новые участки кожи, что сопровождается появлением чувства страха перед будущим, нервно-психические расстройства наиболее выражены. Наблюдается сильная раздражительность в сочетании с гиперстезией к звукам (у больных нейродермитом резкие звуки усиливают зуд). Больные конфликтны в семье и на работе. В середине периода обострения возникают идеи о собственной физической неполноценности, депрессивный оттенок настроения с элементами заторможенности, ипохондрической фиксацией. В период улучшения нервно-психические расстройства постепенно исчезают.

Таким образом, у больных дерматозами в периоды обострения отчетливо выступают переживания косметического недостатка, наблюдаются депрессивные, ипохондрические состояния или состояния резкого возбуждения, раздражительности.

Цель нашей работы мы видели в выявлении наиболее общих закономерностей развития внутренней картины болезни в условиях хронического заболевания кожи, создающего дефект внешности<sup>5</sup>.

Мы ставили следующие задачи: 1. Проанализировать отношение больных к своему заболеванию в разные возрастные периоды; 2. Рассмотреть взаимосвязь типа отношения к болезни с особенностями ведущей деятельности больных, характерными для каждого возрастного периода; исходными для нас при этом были разработанные в отечественной психологии положения о ведущей деятельности; 3. Описать некоторые приемы спонтанной компенсации трудностей, связанных с болезнью.

Всего было исследовано 25 больных атопическим дерматитом, 17 больных псориазом. Из них в возрасте 10—13 лет — 16 человек; 14—16 лет — 15 человек; 20—41 год — 11 человек.

Больные младшей возрастной группы характеризовались как послушные дети. Для них характерны крайне добросовестное отношение к учебе, исполнительность, хорошая усидчивость. Но вместе с тем их

<sup>5</sup> Отчасти результаты работы уже опубликованы совместно с Г. Ф. Рыбиной и В. Ю. Елецким (1984).



отличают несамостоятельность, зависимость от родителей. Очень часто ответы детей являются прямой проекцией точки зрения родителей (чаще матери) на болезнь ребенка. Больные этой группы общительны, имеют много друзей.

Для больных средней возрастной группы характерным является то, что они стараются скрыть болезнь от друзей и даже близких родственников, намеренно отказываются от общения со сверстниками, особенно в период обострения болезни. Отношения с родителями осложнены тем, что последние чрезмерно опекают детей, стесняют их самостоятельность, и это часто приводит к конфликтам в семье.

Старшую возрастную группу составляют люди со средним и высшим образованием, ведущие самостоятельную профессиональную жизнь. Четверо из них имеют свою семью. Все больные этой группы в меру общительны, имеют друзей.

Были использованы следующие методы исследования:

1. *Метод клинической беседы*, ориентированной на собирание субъективного анамнеза жизни и заболевания, на выяснение трудностей, связанных с болезнью.

2. *Метод исследования самооценки* (в варианте Дембо — Рубинштейн) с добавлением трех дополнительных шкал: честность, доброта, красота.

3. *Метод пиктограмм* с включением в состав предъявляемых для запоминания слов аффективно значимых понятий (типа: болезнь, счастье, красота, безгливость, опрятность и др.).

4. *Незаконченные предложения* (в варианте Сакса — Сиднея, адаптированном в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бахтерева).

Больные исследовались нами в период обострения болезни. Сопоставление результатов, полученных при исследовании разных возрастных групп больных, показало, что общим для них было знание о своей болезни, которое они получали прежде всего из непосредственных симптомов заболевания, а также из разговоров с врачами, поскольку все больные в течение многих лет наблюдаются у дерматолога.

Наряду с этим характер отношения к болезни существенно отличается у больных разных возрастных



групп. Эти различия проявляются прежде всего в структуре внутренней картины болезни.

Обратимся к результатам исследования по всем возрастным группам.

У больных младшей возрастной группы в структуре внутренней картины болезни преобладает уровень непосредственно-чувственного отражения (боле-вые ощущения, зуд, неприятные процедуры лечения и т. д.) при общем спокойном отношении к ней и разумной оценке ее тяжести и последствий. Приведем пример из протоколов. Ира Е. (13 лет): «Самое неприятное — это зуд, и ничего нельзя с ним сделать, лекарства плохо помогают». Лена К. (11 лет): «Мало приятного, когда постоянно таблетки пить надо».

Оценивая свое здоровье, счастье по шкалам методики Дембо — Рубинштейн, часть больных в этой возрастной группе ставили себя значительно выше середины, почти у полюса абсолютного здоровья и счастья. Так, Юра М. (10 лет) объясняет экспериментатору: «Есть же вообще больные. Инвалиды, например. А я — здоровый! (Так, диатез немножко)». Ира Е. (13 лет) утверждает, правда, достаточно робко, как бы извиняясь за то, что она чувствует себя счастливой: «У меня все есть: и мама и папа, и друзья — я счастлива».

Другая часть больных (6 человек) оценили себя по шкалам здоровья и счастья ниже середины. Рассмотрим некоторые случаи более подробно.

1. Больная Таня М. (10 лет), очень общительная, живая девочка, выглядит несколько старше своих лет. В беседе выясняется, что болезнь свою никогда всерьез не принимала, от подруг ее не скрывает («А что там скрывать? — Нечего. Диатез какой-то»), по шкалам здоровья и счастья оценивает себя крайне низко. В беседе с лечащим врачом выяснилось, что у Тани месяц назад была очень сильная психотравма.

2. Женя И. (10 лет) также поставил себя ниже середины по шкалам счастья и здоровья. Объяснил он это так: «У меня часто бывают простуды, кашель, насморк — вообще часто болею». Из беседы с его матерью сложилось впечатление, что оценки и объяснения Жени являются прямой проекцией точки зрения его мамы на болезнь сына.

3. Дима Г. (12 лет) оценил себя по шкале «здоровья» ниже середины, объяснил свою оценку таким образом: «Я не считаю себя больным, но я не в норме... Мне много чего нельзя» (имеется в виду необходимость строгого соблюдения диеты). Как выяснилось из беседы, у мальчика часто бывают конфликты по этому поводу, особенно с бабушкой: «Я хочу апельсин, а она мне не дает. Я и сам понимаю, что мне нельзя, но



очень хочется. Иногда не выдерживаю и обострение начинается... Последнее время это часто бывает».

4. Света С. (12 лет) оценила себя по шкале «здоровья» ниже середины, при этом пояснила: «Я и к больным, и к здоровым отношусь... но все-таки к здоровым», далее продолжила: «Сказали, что к школе все пройдет, но я до сих пор болею... наверное, долго еще не вылечусь». Из беседы с лечащим врачом выяснилось, что заболевание прогрессирует: если раньше кожа была поражена только на руках, то в этом году патологический процесс распространился на область шеи и лица.

Таким образом, результаты клинической беседы и исследования самооценок по методике Дембо — Рубинштейн свидетельствуют о том, что у больных данной возрастной группы в структуре внутренней картины болезни преобладает уровень непосредственно-чувственного отражения болезни.

В двух случаях (Женя О. и Света С.) наблюдался также момент эмоциональной оценки (отрицательные эмоциональные переживания) болезни и ее последствий при заметной выраженности непосредственно-чувственной.

Поведение детей этой группы вполне адекватно: они не чувствуют себя ущемленными, не стыдятся своего дефекта, не скрывают свою болезнь, разумно оценивают ее тяжесть и возможные последствия; как правило, у них много друзей, и они активно занимаются общественной работой в школе.

В средней возрастной группе структура внутренней картины болезни иная: в субъективном отражении болезни на первый план выступает уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий, т. е. то, что приятно называть переживанием болезни. Так, больная Таня Я. (14 лет) говорит: «Больше всего беспокоит то, что стала раздражаться по пустякам, очень волнуюсь, стала несдержанна, злость появилась, правда, быстро проходит».

Эта остро эмоциональная реакция на болезнь особенно ярко проявляется в характере самооценки больных по шкалам «здоровья» и «счастья» методики Дембо — Рубинштейн. Больные этой группы склонны относить себя к числу почти самых больных и самых несчастных. Так Марина Щ. (16 лет) следующим образом объясняет свои оценки: «Самые больные — у кого нет слуха, зрения и т. д., но я... мне кажется, я уже не вылечусь (плачет)». И далее Марина продолжает: «То, что я поставила себя самой несчастной,



связано со здоровьем. Понимаю, что многие несчастны, но мне уже никто и ничто не поможет».

В беседе с больными, их родителями и лечащим врачом выяснилось, что все поведение больных в реальной жизни строится с учетом этого остро эмоционального отношения к болезни. Они прилагают много усилий, чтобы скрыть дефект кожи: меняют прически, отращивают волосы, носят одежду с длинными рукавами и глубокими карманами, обязательно с закрытым воротом. Стесняются отвечать на уроках, особенно если нужно что-нибудь писать на доске.

Так, Таня Я. (14 лет) говорит: «Когда отвечаю у доски, стараюсь, чтобы никто не видел моих рук. Вообще пытаюсь скрыть свою болезнь». «Пусть болит внутри, но чтобы не видно было», — это признание Иры Г. (14 лет) говорит о том, каким тяжелым психотравмирующим фактором является заболевание кожи для больных данной возрастной группы. В этот же период девочки начинают меньше общаться со сверстниками, отходят от подруг, как только те начинают догадываться об их болезни. Становятся скрытными и аутичными.

В старшей возрастной группе картина снова меняется. В субъективной картине болезни на первый план начинает выступать момент рациональной переработки фактов, связанных с болезнью. Все больные этого возраста отмечают, что до 20 лет их «жизнь была адом», затем они «приспособились к болезни». Так, больная П. (20 лет) говорит: «Вначале я просто старалась не думать об этой болезни, забывалась в работе. Когда устанешь, то тут не до переживаний. Сейчас я поняла, что нужно стремиться к чему-то, усиленно заниматься собой...». Больная Г. М. (32 года) сама называет выработанные ею приемы преодоления болезни: «Пожалуйста! Режим! Дисциплина! Нужно сделать свою жизнь системой, не замыкаться на своей болезни». (С этой целью больная научилась прекрасно шить, вязать, разводит на даче цветы, учится водить машину. На работе ее ценят как хорошего специалиста.)

В § 1 данной главы уже говорилось, что по способу переработки фактов, связанных с болезнью, в структуре внутренней картины болезни можно выделить следующие уровни: сензитивный (непосред-



ственно-чувственный), эмоциональный, рациональный (интеллектуальный) и мотивационный.

Появление эмоционального уровня в структуре внутренней картины болезни свидетельствует о том, что факт заболевания связывается для субъекта (больного) с возможностью (невозможностью) реализации определенных мотивов. Как отмечает А. Н. Леонтьев, «эмоции выполняют функцию внутренних сигналов... они отражают отношения между мотивами (потребностями) и успехом или возможностью успешной реализации отвечающей им деятельности субъекта (1975. — С. 198).

Таким образом, появление в структуре внутренней картины болезни отрицательного эмоционального переживания (собственно эмоции, по классификации А. Н. Леонтьева) всегда связано с объективными или субъективными преградами в реализации различных деятельностей субъекта, главным образом ведущих деятельностей: трудовой, учебной, деятельности общения и т. д.

Обратимся снова к некоторым клиническим наблюдениям, в частности, к описанию различных типов отношения к болезни, данному И. А. Скворцовым (1958). По описанию автора, больной может «держаться выше болезни», «бороться с ней», «считать ее позором», «полностью покоряться болезни», «становиться ее рабом», «привыкать к ней» и т. д.

Это описание (подобных описаний много содержится в клинической литературе) говорит о том, что больной начинает осуществлять определенную деятельность в отношении болезни, что болезнь приобретает для человека личностный смысл.

Можно предположить, что последний зависит от структуры преморбидной мотивационной сферы личности: эгоцентрическая направленность личности в случае хронического заболевания ведет к фиксации на болезни, в то время как богатство преморбидной мотивационной сферы человека служит надежным основанием для преодоления болезни.

Личностный смысл болезни субъективно может выступать в форме самых общих желаний, стремлений: например, выздороветь, не поддаваться болезни или смириться с нею и т. д. Как отмечает А. Н. Леонтьев, «субъективно выражающийся в этих внутрен-



них сигналах мотив прямо в них не содержится» (1975. — С. 206), однако эти сигналы говорят о его наличии, актуализации, о принципиальной возможности его осознания субъектом в будущем.

Таким образом, в структуре внутренней картины болезни находит отражение вся наиболее существенная смысловая характеристика личности человека — состояние его мотивационной и эмоциональной сферы. Теперь обратимся снова к результатам, полученным в данном исследовании.

Для больных младшей возрастной группы ведущей является учебная деятельность. Болезнь не создает препятствий в ее реализации, поэтому эмоциональный компонент (кроме отрицательного эмоционального тона болезненных ощущений) отсутствует. В структуре внутренней картины болезни преобладает уровень непосредственно-чувственного отражения и в меньшей степени — уровень общей рациональной оценки тяжести заболевания. Характер отношения к болезни является, можно сказать, «безличным», т. е. не затрагивает смысловой иерархии личности, не поднимаясь до нее.

В пубертатном периоде в качестве ведущей деятельности выступает деятельность интимно-личностного общения.

Необходимо заметить, что именно в этой возрастной группе у больных впервые возникают трудности, вызванные социальной оценкой характера заболевания, а именно существующее в быту мнение о заболеваниях кожи как стыдных, неприятных в общении, становится для всех больных этой группы тяжелым препятствием в осуществлении ведущей для них деятельности общения.

Личностный смысл, который приобретает болезнь, выражается лишь в достаточно смутном стремлении скрыть свою болезнь от окружающих. Следствием этого является появление во внутренней картине болезни уровня собственно эмоциональной оценки (переживания) болезни, который становится центральным в содержании внутренней картины болезни.

Больные начинают ограничивать себя в общении. Рождается целая система «сокрытия» болезни (специальная одежда, избегание публичных выступлений, подруг и т. д.). Но еще нельзя говорить о настоящих



психологических приемах преодоления, компенсации болезни.

Только в старшей возрастной группе исследованных больных личностный смысл болезни получает настоящее развитие, становится осознанным как необходимость преодоления болезни. При этом впервые сознательно больные начинают применять собственно психологические приемы компенсации, цель которых сводится к преодолению болезни и главным образом к преодолению ограничений деятельности общения. По своему содержанию эти приемы выражаются в выработке специальной системы целей («работать над собой», «сделать свою жизнь системой»), достижение которых как бы уводит больных от ситуации болезни, тем самым обеспечивая эмоциональное благополучие больных и предотвращая возможность аномального развития личности.

Результаты психологического исследования больных с заболеваниями кожи выявили различный характер отношения больных к своему заболеванию в разные возрастные периоды, что отражается в структуре внутренней картины болезни и тесно связано с особенностями ведущей деятельности больных, характерными для каждого возрастного периода.

Полученные результаты убеждают нас в необходимости дальнейшей работы в избранном направлении с целью поиска психологически обоснованных рекомендаций для профилактики и коррекции аномалий развития личности. Уже сейчас ясно, что центральным звеном в подобной коррекционной работе должно стать:

- 1) «снятие» острой отрицательной реакции на болезнь, развивающейся в пубертатном периоде и при обострениях болезни;

- 2) формирование адекватных, собственно психологических приемов преодоления болезни. Основное направление работы при этом может быть обозначено как создание оптимальных условий и операциональных средств для устранения трудностей общения, возникающих у больных с дефектами внешности.

В данной главе мы рассмотрели лишь два типа ситуаций, складывающихся в жизнедеятельности больных хроническими заболеваниями. Одна из них (больные ХПН) возникает в условиях длительного



и сложного лечения болезни, сопровождающейся витальной угрозой, другая — при длительном течении заболевания, не создающего витальной угрозы и не требующего сложного лечения, но вызывающего у больного трудности в адаптации в ситуациях общения.

В обеих ситуациях наблюдается особая динамика формирования ВКБ. Она обусловлена изменением того объективного места, которое занимает больной в системе социальных связей, и характера ведущей деятельности больного. Более подробно эти вопросы будут рассмотрены в главе IV.



## ГЛАВА IV

### ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Изменения личности при хронических соматических заболеваниях относятся к числу наиболее часто наблюдаемых и ярко выраженных изменений психики. Как отмечалось выше, они возникают при самых разных заболеваниях с хроническим течением. Попробуем теперь наметить основные тенденции этих изменений, опираясь на те теоретические принципы, которые были сформулированы ранее в I главе.

Прежде всего напомним, что ситуация хронического заболевания рассматривается нами как провоцирующая кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Объективно складывающаяся ситуация хронической болезни создает одну из жизненных моделей ситуационно обусловленного кризиса развития у взрослого человека.

Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях мы рассматриваем как новообразования, возникающие в период кризиса развития, в ситуации тяжелой хронической болезни. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде и его внутренней «позиции» (Божович, 1968) в отношении всей ситуации в целом.

Тяжелые соматические заболевания приводят к функциональным и органическим нарушениям. Их особенностью, очень важной для восстановительного лечения, является то, что они ставят перед больным также сложные психологические проблемы.

Биологические особенности тяжелого соматического заболевания — массивная и длительная интокси-



кация, нарушение обменных процессов, истощение, функциональные расстройства — приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов. Подтверждением этому являются результаты проведенного нами исследования познавательной деятельности (см. главу II). В прямой зависимости от выраженности интоксикации находится, как мы отмечали выше, динамический аспект психической деятельности.

Социальная ситуация изменения личности у больных с тяжелыми соматическими заболеваниями является во многих отношениях негативной, ограничивающей возможности жизнедеятельности. Изменяется социальный статус больных, они переводятся на инвалидность, отрываются от привычных коллективов и групп; при этом сужается круг контактов, нарушаются личные и семейные планы, достижение определенных целей (профессиональных, в частности) становится невозможным, видоизменяются привычный уклад и стиль жизни.

Большую роль в изменении личности играет характер отражения заболевания в сознании человека — внутренняя картина болезни. Анализ динамики формирования внутренней картины болезни является одним из подходов к исследованию изменения ведущих смыслообразующих мотивов, превращения ситуационно-обусловленных мотивов, «характеризующих не столько личность, сколько обстоятельства, в которых она оказалась по ходу жизни» (Рубинштейн, 1957. — С. 36), в устойчивые личностные образования.

Неопределенность прогноза или негативный прогноз нарушают возможности планирования жизненных целей, сужают временную перспективу, необходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения, направленные в будущее, утрачивают свой смысл в ситуации тяжелого соматического заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования.

Специфическая ситуация тяжелой болезни актуализирует у таких больных мотив сохранения жизни, который становится главным побудительным и смыс-



лообразующим мотивом их деятельности. Все остальное кажется бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности. Больные ощущают, что все, к чему они стремились раньше, чего добивались с трудностями и усилиями, важно только тогда, когда нет угрозы самому существованию человека. Необходимыми и осмысленными представляются формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребности физического существования.

Структура личности человека определяется в первую очередь его актуальными мотивами и их иерархией. Центральным психологическим механизмом личностных изменений выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву, т. е. перестройка, которую А. Ш. Тхостов называл «сдвигом цели на мотив» (1980).

Рассмотрим несколько подробнее, в чем состоит основное направление изменения мотивации деятельности у больных хроническими соматическими заболеваниями.

#### **§ 1. ИЗМЕНЕНИЯ МОТИВАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Теоретической основой исследования личности соматических больных, как мы отмечали выше, может служить концепция деятельности, разработанная в общей психологии А. Н. Леонтьевым, а в патопсихологии — Б. В. Зейгарник. В рамках данного теоретического подхода личность рассматривается как целостность особого рода, отличная от индивида, как новообразование, прижизненно формирующееся и порождаемое деятельностью. «Действительную основу личности составляет то особое строение целокупных деятельностей субъекта, которое возникает на определенном этапе развития его человеческих связей с миром» (Леонтьев, 1975. — С. 209). А. Н. Леонтьев выделяет три основных параметра личности: широту связей человека с миром, степень их иерархизованности и общую их структуру. Для изучения становления, формирования, изменения личности необходимо изучать протекание и трансформацию деятельности в социальных условиях. «Структура личности



представляет собой относительно устойчивую конфигурацию главных, внутри себя иерархизованных мотивационных линий» (Леонтьев, 1975. — С. 221).

Основу анализа личности должен составлять анализ мотивов ведущих деятельностей: их содержания, степени иерархизованности, общего профиля мотивационной сферы (многовершинность, полимотивность деятельности, наличие ведущих связей человека с миром). Иными словами, исследование мотивационной сферы больного человека во всем ее многообразии — путь к изучению личности больного, так как «мотивация как движущая сила человеческого поведения пронизывает все основные структурные образования личности: ее направленность, характер, эмоции, способности, деятельность и психические процессы (Асеев, 1974. — С. 123).

Уточним некоторые основные характеристики мотивов, на которые может опираться психологический анализ. К таким характеристикам следует отнести прежде всего опосредованность мотивационной сферы и ее иерархическое строение. Усложнение мотивов, их опосредование и иерархическое построение начинаются у ребенка уже в дошкольном возрасте и происходят в дальнейшем в течение всей жизни. Мотивы, формируясь, теряют свой непосредственный характер, они начинают опосредоваться сознательно поставленными целями, происходит подчинение одних мотивов другим. Деятельность человека отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако психологический анализ всегда позволяет выделить ведущий мотив. Именно он придает всей деятельности личностный смысл, создает основную направленность личности.

Наличие *ведущих* мотивов не устраняет необходимости мотивов *дополнительных*, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обуславливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций, ценностей. Патологический материал позволяет проследить закономер-



ности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности (Зейгарник, 1969, 1976).

Сформировавшись, мотивы и соответствующие им деятельности не остаются застывшими. Целевая структура может так разрастаться и усложняться, что отдельные цели могут приобретать самостоятельную побудительную силу, в результате чего происходит «сдвиг мотива на цель» (А. Н. Леонтьев), и то, что раньше было вспомогательной целью, становится самостоятельным мотивом, занимающим свое место в иерархии мотивов. Этот путь является характерным и для патологических изменений личности. «Мотивационная сфера человека даже в наивысшем ее развитии никогда не напоминает застывшую пирамиду» (Леонтьев, 1975. — С. 221).

«Основным способом бытия личности является развитие... Личность развивается, формируясь» (Анцыферова, 1981. — С. 4, 5). Главным, определяющим условием формирования личности человека является то, какое место он занимает в системе общественных отношений, и та деятельность, которую он при этом выполняет. «Внутренние движущие силы этого процесса лежат в исходной двойственности связей субъекта с миром, в их двоякой опосредованности — предметной деятельностью и общением» (Леонтьев, 1975. — С. 210—211). Формирование личности имеет решающее значение для характеристики человека: оно обеспечивает наиболее высокие сознательные формы его поведения и деятельности, а также создает единство всех его отношений к действительности. В результате любая реакция человека и весь строй его внутренней аффективной жизни определяются теми особенностями личности, которые сложились у него в процессе его социального опыта (Божович, 1976).

«Личность постоянно экстраполирует себя в свое будущее, а свое отдаленное будущее проецирует на свое настоящее... Будущее существует в личности как направленность ее развития и переживается человеком в виде страстного стремления к своим целям и идеалам, как желание выразить себя в определенной деятельности, как тяга к обогащению ценностно-смыслового пространства собственной жизни оценочными



позициями и уникальными взглядами на мир других людей» (Анцыферова, 1981. — С. 4). Л. И. Божович определяет направленность как результат наличия у человека определенной структуры его мотивационной сферы. В процессе жизни постепенно формируются такого рода мотивы, которые приобретают для него ведущее значение и тем самым подчиняют себе все другие его мотивы. Наличие устойчиво доминирующих мотивов деятельности и создает направленность его личности. Направленность составляет центральную характеристику человека как социального индивида. Характеристика направленности с точки зрения отношения человека к себе и к обществу является наиболее фундаментальной для нравственной характеристики личности и многих других особенностей ее поведения и деятельности. Она глубоко влияет на психику человека, его поведение и эмоции, его мышление и восприятие и даже на общее состояние организма, на склонность или противостояние некоторым заболеваниям, например неврозам (Братусь, 1977). В зависимости от того, что побуждает человека — мотивы личной заинтересованности или мотивы, связанные с интересами других людей, — направленность может быть эгоцентрической или общественной. Ниже мы еще вернемся к рассмотрению этой проблемы.

В основе формирования личности больного человека лежат психологические закономерности, сходные с закономерностями нормального психического развития (Зейгарник, 1976). Психическая деятельность человека меняется не потому, что при болезнях мозга или соматических, невротических заболеваниях начинают действовать какие-то особые психические механизмы, а потому что те же самые механизмы действуют в особых, вызванных и измененных болезнью условиях. Об этом говорил еще в 1880 г. знаменитый русский психиатр В. Х. Кандинский, указывая, что «болезненное состояние — это та же жизнь... но только при измененных условиях» (С. 646). Болезнь лишь биологическая предпосылка изменения личности.

Эти положения становятся понятными в свете представлений советской психологии о том, что все формы психической деятельности формируются при-



жизненно, по механизму присвоения человеческого опыта, в процессе жизнедеятельности субъекта и что они обладают опосредствованной структурой. «...Какой бы морфофизиологической организацией, какими бы потребностями и инстинктами ни обладал индивид от рождения, они выступают лишь как предпосылки его развития... которые тотчас перестают быть тем, чем они были виртуально, «в себе», как только индивид начинает действовать» (Леонтьев, 1975.— С. 182). То же имел в виду С. Л. Рубинштейн, отмечая, что внешние причины преломляются через внутренние условия. Но, по справедливому замечанию Божович (1976), факторы биологического и социального порядка не определяют развитие прямо; они включаются в сам процесс развития, становясь внутренними компонентами возникающих при этом психологических новообразований. При выборе методов исследования должен быть сохранен принцип анализа: от закономерностей здоровой психики к пониманию ее патологии (Зейгарник, 1969, 1976).

В решении вопросов медицинской практики основными в настоящее время являются проблемы изучения личности, ее компенсаторных возможностей, проблема самосознания, подконтрольности поведения. Дальнейшая разработка этих проблем должна лечь в основу реабилитационных и профилактических мероприятий, в системе которых важная роль принадлежит психологу.

Особенности аномальной личности проявляются не сразу, а проходят сложный путь формирования. Каждое серьезное и длительное соматическое нарушение приводит либо к частным, обратимым, либо к общим стойким изменениям внутреннего мира человека, всего его психического облика.

Сформировался ряд критериев, по которым личность больного определяется как измененная. Это следующие критерии.

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности — патологическая деятельность голодания при анорексии, например).

2. Замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив «самообслуживания» при ипохондрии).



3. Снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).

4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т. е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.

5. Нарушение степени критичности, самоконтроля.

Клинические формы изменения личности носят разнообразный характер: они могут проявляться в виде изменения эмоций (депрессия, эйфория), в виде нарушений мотивационной сферы (апатия, бездумность), в виде нарушений отношения к себе и окружающему (нарушение критики, изменения подконтрольности), в виде нарушения активности (аспонтанность). У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива, особенно при ипохондрических изменениях личности. Особенностью иерархической структуры мотивационной сферы может быть жесткая подчиненность деятельности одному мотиву.

Рассматривая целевую оснащенность (степень опосредованности) деятельности субъекта, следует отметить, что у больных часто наблюдается, как и в норме, высокая мотивация достижения (например, ригидность в выборе целей для достижения — сосредоточенность на профессиональных достижениях; недостаточная операциональная оснащенность в деятельности общения — конфликты с людьми).

Возникает вопрос, можно ли говорить о развитии, имея в виду изменения в личности соматически больного человека. В одних случаях — нет, так как это изменения, не ведущие к усложнению и обогащению деятельности, даже, наоборот, ведущие к ее оскудению, т. е. способствующие деградации личности. (Пример: у ипохондрика в ряде случаев можно наблюдать усложненную, но не обогащенную, а обедненную по содержанию отношений структуру личности). Но возможен и другой вариант: подлинное развитие, когда человек активно преодолевает тяжелую болезнь, пытается не замыкаться в себе, не порывать связи с миром, использует компенсаторные возможности для развития, обогащения связей с миром. В этом случае можно говорить о развитии личности в подлинном смысле слова.



При изучении процессов аномального формирования личности в условиях соматического заболевания необходимо учитывать и изменения объективной ситуации развития, конкретные жизненные обстоятельства, в которых больные оказываются в связи с заболеванием, т. е. по определению Л. С. Выготского, «...особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, которое является типичным для каждого возрастного этапа и обуславливает динамику психического развития на протяжении соответствующего возрастного периода, и новые качественно своеобразные психологические образования, возникающие к его концу» (цит. по: Божович, 1968.— С. 152). Значение этих конкретных обстоятельств преломляется через мотивационную сферу личности. Болезнь приобретает особый личностный смысл для человека. На основе этого складывается отношение больного к своему заболеванию — внутренняя картина болезни (ВКБ). Под ВКБ понимается, как мы уже отмечали ранее, целостное отражение ситуации заболевания в психике индивида, которое включает всю массу ощущений, переживаний, представлений и знаний, связанных с заболеванием и его последствиями.

ВКБ становится, как отмечалось в III главе, тем основным содержательным новообразованием психики, в изменении структуры которого, как в хорошем зеркале, отражается весь процесс внутренней перестройки личности человека, заболевшего хронической соматической болезнью. В предыдущей главе мы показали, как в условиях хронического заболевания протекает постепенное формирование мотивационного уровня ВКБ. По нашему мнению, динамика его становления и отражает происходящий процесс перестройки, изменения личности, заключающийся в выделении нового ведущего мотива деятельности и постепенного переподчинения всей структуры мотивационной сферы этому новому мотиву. Таким ведущим мотивом у лиц, заболевших хронической болезнью с явной угрозой для жизни, становится мотив сохранения здоровья, жизни как таковой.

По данным наших наблюдений, на начальных этапах заболевания мотив «сохранения жизни» является ситуационным. Он актуализируется только в



периоды резкого ухудшения состояния: больные начинают активно обследоваться, ограничивать свою активность, соблюдать новый режим жизни, контролировать свой вес, следить за результатами анализов, искать новые методы лечения. В структуре внутренней картины болезни ведущим является эмоциональный уровень: страх, тревога по поводу возможного лечения. Больные стремятся оттянуть его начало, выписаться из стационара, вернуться к прежнему образу жизни. Болезнь характеризуется как препятствие на пути достижения прежних жизненных целей, и забота о своем здоровье в этот период прежде всего является необходимым средством для продолжения привычной деятельности (работа, учеба, воспитание детей). Ситуационный мотив «сохранения жизни» подчинен более дальним мотивам, обладает определенной побудительной силой, но не несет еще смыслообразующей функции, т. е. не является ведущим.

При переходе к хроническому лечению у больных наступает изменение эмоционального состояния, которое особенно выражено у больных с неадекватной (завышенной) моделью ожидаемых результатов лечения. Резко меняются общее настроение, поведение больных. Сужается сфера их интересов, они часто полностью погружаются в болезненное состояние, становятся раздражительными, конфликтными, начинают отрицательно относиться к экспериментально-психологическому обследованию. Все окружающее — поведение медперсонала, родственников, обстановка в отделении — начинает оцениваться с точки зрения того, помогает это процессу лечения или нет. Наступление этого периода можно считать началом перестройки мотивационной сферы личности, началом выдвижения в качестве ведущего мотива сохранения жизни.

Необходимо подчеркнуть, что первым сигналом подобной перестройки является возникновение нового по своему качеству эмоционального состояния. Новое, объективно изменившееся положение человека в мире, в социальной среде в этот период еще может быть не осознано им самим в полной мере. Однако это новое положение — положение хронически больного — находит отражение в непосредственной эмо-



циональной реакции на ситуацию в целом. Она является сигналом того, что прежние жизненные цели и мотивы не могут быть реализованы в своем прежнем объеме, что болезнь выступает в качестве серьезной преграды для их реализации. Таким образом, становление в структуре ВКБ ее эмоционального уровня есть предвестник возможной стойкой перестройки всей мотивационной сферы. В силу своей большой витальной значимости мотив сохранения жизни достаточно быстро выделяется среди других и стабилизируется, становится центральным, подчиняющим себе все другие мотивы.

В дальнейшем меняется вся система отношений больных: значимыми становятся только те события в окружающей действительности, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Иными становятся критерии оценки деятельности медицинского персонала и всей ситуации лечения. Если на начальных этапах заболевания и лечения, когда мотив сохранения жизни еще не был ведущим, для больных в качестве наиболее важных выступают личностные особенности медперсонала (мягкость, доброжелательность и т. п.), то теперь предпочтение начинает отдаваться их профессиональным качествам. Больные начинают оправдывать даже резкость в поведении врача, если он при этом обнаруживает высокие профессиональные качества.

Все привычные, сложившиеся в преморбиде формы деятельности начинают при этом менять свое внутреннее содержание, наполняясь иным, связанным с новым ведущим мотивом, смыслом. Так, даже работа, кроме возможности самореализации, достижения материального благосостояния, может стать способом отвлечения от болезни, занятия физкультурой — методом лечения, чтение — способом заполнения свободного времени и т. д. Выделившийся в этот период мотив сохранения жизни, как показывают наши наблюдения совместно с Т. Н. Муладжановой и М. М. Орловой, может вступить в противоречие с ранее действовавшими мотивами. Если последние не могут быть включены в систему мотива сохранения жизни, не могут выступать в качестве промежуточных целей для достижения этого нового



ведущего мотива, то они теряют свою побудительную силу, при этом лишается личностного смысла и деятельность, направленная на их реализацию. Круг актуальной деятельности сужается, теряет свой полимотивированный характер, становится бедно мотивированным. Это проявляется прежде всего в реальной жизни больного: сужаются круг интересов, сфера активности больного, беднеют связи больного в социальной среде (прежде всего в ближайшем социальном окружении — семье).

Замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, описанные в клинических и психологических исследованиях (Тхостов, 1980; Марилова, 1984), в значительной степени обусловлены сужением круга актуальной мотивации, новой жизненной направленностью больного. Доминирование ведущего мотива сохранения жизни придает особую окраску всей психической жизни больного, налагает отпечаток на особенности восприятия мира, изменяет всю систему жизненных ценностей. Больные сами отмечают, что «все стало другим», «теперь я ко всему по-другому отношусь». То, что раньше радовало, привлекало, казалось важным, теряет свою привлекательность, лишается смысла. Вместе с тем появляются ранее не свойственные больным интересы, повышается эгоцентрическая фиксация на себе. Больные часто становятся более равнодушными к близким людям, сужается круг явлений, способных заинтересовать их, привлечь внимание.

Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности больного, если такая активность противоречит этому мотиву, либо формируется новый смысл привычной деятельности, если она включается в структуру мотива сохранения жизни в качестве цели. Это приводит к возникновению самых разнообразных «уходов»: в болезнь, в работу, в семью, в общественную деятельность. В дальнейшем подобные цели способны снова получать собственную побудительную силу, но уже по механизму «сдвига мотива на цель».

Происшедшая в ходе лечения перестройка в мотивационной сфере личности, выдвижение на первый



план нового смыслообразующего мотива сохранения жизни у части больных приводят к формированию и новой ведущей деятельности — по сохранению здоровья, по контролю за своим состоянием. Если на начальных этапах заболевания осуществление контроля за своим состоянием проводилось не всегда регулярно и было подчинено цели — вернуться к труду, то впоследствии забота в своем состоянии становится основным смыслом жизни. Одним из условий формирования новой ведущей деятельности являются преморбидные особенности личности. Как правило, это люди, смысл жизни которых до заболевания заключался преимущественно в производственной деятельности, и ситуация, в которую они попали в связи с лечением и заболеванием, постепенно приводит к потере ими смысла жизни. Резко сужается круг интересов (и до заболевания не отличавшийся широтой), больные становятся пассивными, много лежат в постели, мало читают, целиком погружены в свое состояние.

Наряду с перестройкой иерархии мотивов происходит сокращение временной сферы мотивации. Больные обеспокоены и заняты только ближайшими во времени событиями, переоценивают их и недооценивают значимость отдаленных во времени событий, «живут одним днем». Экспериментальным подтверждением этого являются несоблюдение инструкции по типу нарушения временной перспективы и феномен «смещения времени», выявленные при составлении больными рассказов по картинкам тематического апперцептивного теста.

Подобная «смысловая смещенность» больных на события настоящего времени, наполнение их личностным смыслом способствует снижению тревоги относительно неопределенного будущего и имеют, по всей видимости, защитный характер.

\* \* \*

Мы рассмотрели те наиболее типичные изменения мотивации, которые наблюдаются у больных, страдающих хроническими заболеваниями, несущими витальную угрозу. Однако основные тенденции описан-



ных изменений обнаруживают себя и при рассмотрении особенностей личности больных, страдающих хроническими заболеваниями, не угрожающими жизни больного. Это относится прежде всего к заболеваниям кожи (см. главу III).

Течение заболевания исследованной группы больных носит хронический характер и связано с косметическим дефектом кожи, что создает также особую социальную ситуацию развития личности. И хотя исследованное заболевание не несет витальной угрозы, оно приводит к нарушению формирования личности человека. Это происходит за счет того, что кожные заболевания характеризуются прежде всего косметическим дефектом внешности, что особенно остро переживается больными, так как больной человек является объектом и субъектом общения. Дефект внешности непроизвольно привлекает внимание окружающих и вызывает отрицательную эмоциональную реакцию у больного человека. Большую роль играют фактор субъективного восприятия человеком отношения к своей болезни со стороны других людей, а также их позиция в данной ситуации. Больным часто кажется, что их болезнь вызывает у окружающих отвращение, брезгливость, ощущение нечистоты; что окружающие считают их заболевание инфекционным и боятся заражения и в связи со всем этим испытывают антипатию к заболевшему. Поэтому больные стараются оградить себя от общения в период обострения. Они стараются не выходить на улицу, не появляться в общественных местах, меньше пользоваться транспортом, не встречаться со знакомыми и друзьями. Для облегчения переживаний больные используют различные компенсаторные приемы — подбирают одежду, скрывающую дефект, и наиболее подходящую прическу.

Ограничение деятельности общения приводит к некоторой аутизации личности, возникает повышенный интерес к своей внешности, направленность на себя. При этом перестраиваются отношения с окружающими людьми. «Когда болеешь, уходишь в себя: постоянно думаешь о своей болезни, как она будет дальше, как от нее избавиться, никого не хочется видеть» — вот типичные высказывания этих больных.

Бедность общения и в связи с этим недостаточная



сперациональная оснащенность в этой сфере, чувство неполноценности, испытываемое в связи с дефектом внешности, эгоцентрическая направленность приводят к тому, что деятельность общения становится сферой конфликтов для больных. Больные боятся быть некоммуникабельными в общении с окружающими, опасаются того, что над ними будут смеяться, что когда-нибудь все отвернутся от них.

Во время обострения болезни в связи с тягостными переживаниями по поводу дефекта внешности и физическими страданиями, вызванными зудом, у больных возникают соматические нарушения: снижается аппетит и ухудшается сон, резко изменяется эмоциональное состояние в сторону депрессии, апатии, но чаще — в сторону повышения раздражительности, взрывчатости. В это время больные наиболее конфликтны в общении, тяжелы для окружающих. Они сами признаются, что могут сказать все что угодно, что не в состоянии сдерживать себя. Но и после обострения болезни «нервность» остается, фиксируясь и становясь характерологической чертой личности больных. Больные знают, что окружающие считают их «нервными» и «вредными». В связи с этим самооценка характера остается у них невысокой.

Конфликты в общении с людьми приводят к трудностям в различных сферах социальной жизни. У больных часто возникают неудачи при устройстве личной жизни, в семейных отношениях, отмечается невысокий уровень профессиональных достижений. Болезнь создает препятствия на пути удовлетворения многих потребностей, в связи с чем изменяется мотивационная сфера больных, прежде всего перестраивается иерархия мотивов — ведущим становится мотив выздоровления. Решение многих жизненно важных проблем откладывается больными до момента выздоровления. Такая узкая направленность на выздоровление отсекает жизненную перспективу у больных, приводит к патологической фиксации на процессе лечения и болезненных переживаниях, способствует формированию дисгармонической личности. Все это вызывает чувство неудовлетворенности жизнью, приводит к дополнительной невротизации личности. Болезненный процесс развивается по «пси-



хосоматической спирали»: соматические нарушения вызывают трудности социальной адаптации личности, а переживание неудовлетворенности в связи с этим способствует ухудшению течения соматического процесса.

Трудности, вызванные заболеванием, приводят к активизации защитных механизмов личности — вытеснение неприятных переживаний, связанных с болезнью, использование компенсаторных приемов, направленных на уменьшение дефекта внешности, защитные высказывания. Действия защитных механизмов облегчают адаптацию к болезни. Степень и адекватность адаптации зависят как от возрастных особенностей, так и от типа реакции на болезнь. В пубертатном периоде болезнь переживается особенно остро, так как оценке своей внешности и внешности других подростки уделяют огромное значение. С возрастом, как правило, наблюдается адаптация к заболеванию, человек привыкает к своему дефекту, и острота болезненных переживаний снижается. В структуре внутренней картины болезни на первый план выдвигается мотивационный компонент, приходя на смену эмоциональному. Но это происходит не во всех случаях и связано в основном с преморбидными особенностями личности. Пациенты с острой реакцией на болезнь больше невротизированы, на первый план в их психическом состоянии выступают нервно-психические нарушения. У больных с адекватной реакцией на болезнь эти нарушения выражены в меньшей степени, а у больных со скрыто острой реакцией на болезнь обнаруживается более заметное действие защитных механизмов личности.

Выраженность эмоциональной реакции на болезнь и связанные с этим отрицательные последствия для личности (конфликтные отношения с людьми прежде всего) могут корректироваться при наличии развитой системы мотивации и адекватной, критичной самооценки. Однако трудность заключается в том, что заболевание является хроническим, появляется часто в раннем возрасте. Поэтому само первоначальное формирование самооценки и мотивационной сферы личности с самого начала протекает в искаженных условиях. В связи с этим требуется организовать воспитательный процесс таким образом, чтобы он



был направлен на предупреждение и возможно более раннее распознавание опасных психологических новообразований, на смягчение условий, их формирующих. Воспитание гармонической личности в дошкольном и последующих возрастах является наиболее оптимальным условием профилактики возможных патологических ее изменений в условиях хронического заболевания.

\* \* \*

Мы кратко описали лишь один наиболее типичный для хронически больных вариант изменения мотивационной сферы личности, характеризующийся постепенным выделением и стабилизацией мотива сохранения жизни или мотива выздоровления. Описанный вариант изменения мотивации наблюдается среди различных контингентов хронически больных. Подобное изменение мотивации, как можно было убедиться, приводит к общему сужению, обеднению личностной направленности. Однако он не является, на наш взгляд, единственно возможным. Мы обратились к его описанию только потому, что данный тип изменения достаточно часто встречается на практике, относится к числу наиболее трудно поддающихся коррекции и служит зачастую одной из причин преждевременной инвалидности больных. В литературе подобный тип изменений связывается с влиянием преморбидных особенностей личности. Собственные наблюдения подтверждают важность учета этого фактора. Психологический анализ, проведенный в исследованиях Т. Н. Муладжановой, М. М. Орловой и других, свидетельствует также о большом значении преморбидной личности. Чем богаче и многограннее преморбидная мотивация личности, тем с меньшей вероятностью возникают описанные выше изменения.

## § 2. ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ОРИЕНТАЦИИ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ

В отечественной психологической литературе недостаточно представлены описания критической ситуации, несущей угрозу жизни, в частности ситуации неизлечимой болезни. Кризисная ситуация смертель-



но опасного заболевания качественно отличается от ситуаций лабораторного типа, поскольку прежде всего связана с проблемой смысла жизни и временной ориентацией личности. В литературе, посвященной проблеме развития личности, отмечается важная роль будущего, перспектив, жизненных целей в развитии личности (Божович, 1968; Леонтьев, 1975; Асеев, 1976; Анцыферова, 1981; Обуховский, 1981; и др.).

Предложенная рядом авторов категория смысловых образований личности (Асмолов, Братусь, Зейгарник и др., 1979) позволяет перейти от анализа частных видов деятельности на уровень всей жизнедеятельности человека в целом в ее временной направленности. Смысловые образования возникают в результате соотнесения «целостных ситуаций, актов поведения с более широким для них контекстом жизни» (Братусь, 1981. — С. 48). Изменение смысловых образований опосредовано изменением самой деятельности субъекта, а их функция заключается в опосредовании будущего через настоящее, в определении характера взаимоотношений между мотивами (Братусь, 1983).

На протяжении всей жизни человек может переживать ряд кризисных периодов, во время которых происходят изменения в мотивационной структуре личности, в системе ценностей и мировоззрении человека. Анализируя кризисные периоды в развитии личности, исследователи, как правило, исходят из следующей модели: расширение связей человека с окружающим миром, усложнение его жизнедеятельности опосредуют развитие смысловых образований личности и становление иной связанной системы личностных смыслов. В психологической литературе описаны и некоторые варианты аномального развития личности, возникающие в результате несоответствия изменившихся операционально-технических возможностей человека прежнему содержанию мотива, несовпадения «Я» реального и «Я» идеального. Исходный момент подобных аномальных развитий личности коренится в неудовлетворенности настоящим, реальным образом «Я» и стремлении к идеальному «Я» (Братусь, 1974; Карева, 1975).

Таким образом, если начальные моменты некоторых типов аномального развития личности проанали-



зировать с точки зрения временной ориентации, то можно сказать, что они имеют направленность в будущее.

Мы предположили, что исследование больных, страдающих заболеванием, ограничивающим продолжительность жизни, позволит подойти к рассмотрению поведения человека в кризисных ситуациях, анализу изменений смысловых образований личности в кризисные периоды жизни с несколько иной стороны. В качестве объекта исследования нами были взяты больные хронической почечной недостаточностью (ХПН) в терминальной стадии, находящиеся на лечении гемодиализом (ГМД), и больные с хроническими заболеваниями печени (см. главу II).

Ситуация, в которой оказываются больные в связи с лечением ГМД, является экстремальной. Во-первых, стрессовой является сама процедура ГМД: ограниченность движения во время сеанса, длящегося в среднем 5—6 часов; технические затруднения во время сеанса; периодически возникающие осложнения, связанные с артерио-венозным шунтом или фистулой. Во-вторых, больные отрываются от привычных связей и отношений с окружающим миром, переводятся на инвалидность. Изменяется их социальный статус, рушатся многие планы на жизнь.

Немногим проще оказывается и жизненная ситуация у больных с заболеваниями печени, описанными нами во II главе. Наличие тяжелого соматического заболевания, угрожающего жизни, возможные осложнения в его течении, угроза операции (иногда проведение повторных операций), постоянные ограничения режима жизни, длительные периоды стационарного лечения и т. д. значительно меняют жизнедеятельность больного, а общую ситуацию, складывающуюся в их жизни, позволяют оценить как кризисную.

В данной работе мы остановимся только на результатах изучения личности этих больных с помощью проективной методики тематического апперцептивного теста (ТАТ) в варианте Х. Хекхаузена — «производственный ТАТ» и метода незаконченных предложений. Качественный анализ результатов ТАТ проводился по разрабатываемой в настоящее время на основе теории деятельности А. Н. Леонтьева схеме



интерпретации материалов обычного варианта ТАТ (Соколова и др., 1976; Соколова, 1980). Нами были использованы следующие параметры оценки рассказов: соблюдение инструкции, общая характеристика целей, средства достижения целей, уровень их достижения, особые темы.

В рассказах больных было обнаружено два различных варианта несоблюдения инструкции по типу нарушения временной перспективы.

1. Отсутствие в рассказах определенных времен и чрезмерное расширение рассказа за счет характеристики настоящего момента. У части больных оно свелось к простому описанию картинки с перечислением ее деталей. В рассказах 44% больных отсутствовала категория прошлого; у 50% больных — будущего; у 31% больных в рассказах отсутствовало и прошлое и будущее.

2. Помимо отсутствия времен у больных наблюдался феномен, названный Т. Н. Муладжановой (1983), «смещениями времен». Формально категории прошлого и будущего можно наблюдать в рассказах больных, но по смыслу прошлое и будущее сводятся к настоящему моменту. Смещение времени выражалось в трактовании будущего как воспоминания о настоящем моменте: «...мастер вспоминает свою молодость, как он учился, как его проверяли. Эту картинку можно описать как воспоминания мастера». Либо смещение времен в виде тождественности всех времен: «Андрей Иванович сидит за столом. Он так же сидел много лет назад и писал приказы. Так же он будет сидеть не один год. Так же будет стоять его старый телефон. Рядом с телефоном лежат его портфель, шляпа и пальто. Раньше с ним сидел его друг, но теперь его уже нет... он ушел на пенсию. На полке лежат книги. Эти книги давно прочитаны».

В рассказах, содержащих категорию будущего, героем выражается надежда, что «все закончится благополучно», «все волнения будут позади», он «мечтает, что все будет хорошо», «надеется на лучший исход». Характеристика будущего неопределенная, размытая, надежды героев в большинстве не направлены на что-то конкретное.

Сравнительный анализ результатов, полученных при исследовании больных, с контрольной группой



здоровых испытуемых показал различие и в тематике рассказов: для больных менее значимой является карьерная и достиженческая тематика рассказов (4% у больных ХПН и 10% у больных с заболеваниями печени против 20% в норме), реже встречается личная и семейная тематика (12% у больных ХПН, 15% у больных с заболеваниями печени против 20% в норме). Напротив, более выражена тематика старости, ухода на пенсию, смены поколений и передачи опыта молодым.

Анализ параметров рассказов «средства достижения целей» и «уровень их достижения» свидетельствует о снижении собственной активности больных, о падении общей энергетике. Несоблюдение больными инструкции по типу «нарушение временной перспективы и смещение времен», характер сюжетных линий отражают определенную смысловую смещенность у больных, гипертрофию значимости настоящего и наполнение личностным смыслом событий сегодняшнего дня, «сокращение временной перспективы мотивации».

Нам представляется, что подробная разработка в рассказах настоящего момента, использование больными смещения времени свидетельствуют об их повышенной тревожности в отношении будущего и дальнейших перспектив.

Приведем пример: «Удачливый молодой человек, оптимист, все у него клеится. Сидит за столом и ведет дневник, а прочитав несколько страниц, тоже доволен ранее происходившим. А поскольку все блестяще в прошлом и настоящем, он надеется, что в будущем будет так же. Хотя в будущем встречаются неожиданности. Хотя пышет здоровьем, но может заболеть, и все изменится. Но будем надеяться, что этого не случится, и пожелаем ему всех благ».

Таким образом, проведенное исследование выявило изменение личности больных данными тяжелыми соматическими заболеваниями в виде сокращения временной перспективы деятельности, ограничения ее настоящим моментом. Наряду с этим существенно меняется, как мы уже отмечали, и содержательная сторона мотивационной сферы личности. Эти данные согласуются с уже имеющимися в литературе описаниями изменений личности при других тяжелых соматических заболеваниях (Тхостов, 1980; Марилова, 1984). Поэтому описанные изменения могут быть рассмотрены как типичные для широкого круга больных



тяжелыми соматическими заболеваниями, несущими витальную угрозу (табл. 7).

Результаты исследования и опыт нашей работы убеждают в необходимости учета выявленных изменений в построении психокоррекционных программ.

Таблица 7

Оценка будущего на различных этапах лечения ГМД  
(в %) по методике «незаконченные предложения»

Характеристика окончаний фраз по теме «будущее»	Этапы лечения		
	до лечения гемодиализом	начало лечения гемодиализом	хронический гемодиализ
Общее количество положительных характеристик	61	75	48
Общее количество отрицательных характеристик	15	2	23
Не связаны с заболеванием	24	23	29

Последние должны ориентироваться на организацию досуга пациентов и проведение так называемой терапии занятостью, а также на разворачивание перед больным доступных ему жизненных перспектив.

§ 3. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ  
ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМ  
СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ\*

Советскими психологами (Выготский, Божович, Эльконин и др.) процесс психического развития ребенка оценивается как становление его личности, формирование его как члена общества. Движущей силой этого развития является собственная деятельность ребенка по овладению действительностью, опосредованная его отношениями со взрослыми (в отличие от большинства зарубежных концепций, где ребенок рассматривается как пассивный объект внешних влияний — теории «конвергенции», «чистой доски» и др.). Одно из важнейших противоречий — отношение между двумя основными тенденциями в развитии ребенка: потребностью жить жизнью взрослых, занимать определенное положение в жизни об-

\* В этом параграфе использованы результаты совместной работы с О. В. Копыл (1984).



щества и тенденцией к самостоятельности (Эльконин, 1960).

Выготский выделял в любом возрасте как этапе психического развития следующие категории:

- социальную ситуацию развития;
- основные новообразования периода;
- особенности системного строения сознания.

«Социальной ситуацией развития» Выготский называл «особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, которое является типичным для каждого возрастного этапа и обуславливает и динамику психического развития на протяжении соответствующего возрастного периода, и новые качественные образования, возникающие к его концу» (цит. по: Божович, 1968, — С. 152). При таком рассмотрении «среда» становится не условием и не обстановкой развития, но его источником, обеспечивающим формирование специфически человеческих свойств (Эльконин, 1960). Единство внутренних процессов и внешних условий делает допустимым объединение в понятии «социальная ситуация развития подростка» столь разнокачественных моментов, как:

- сдвиги, происходящие в организме, — завершение физического и полового созревания;
- изменение в содержании деятельности, общественном положении и структуре социальных ролей;
- перемены в структуре общения и круге «значимых других», на которых индивид ориентируется;
- развитие психических процессов и способностей;
- сдвиги в мотивационной сфере и ценностных ориентациях (Кон, 1978).

Когда речь идет о соматически больном подростке, можно говорить об измененной «социальной ситуации развития», ведь «всякий телесный недостаток... не только изменяет отношение человека к миру, но прежде всего сказывается на отношениях с людьми. Органический дефект, или порок, реализуется как социальная ненормальность поведения» (Выготский, 1983. — С. 62). Даже в семье больной ребенок — это прежде всего особенный ребенок.

Любая серьезная болезнь — психическая травма для ребенка, особенно начавшаяся внезапно. Подросток, в отличие от младших детей, может осознать тя-



жесть своего заболевания, он знает, что такое смерть, знает, что она необратима (Кон, 1978; Дурнов, 1983). Частой реакцией на болезнь в условиях длительного лечения в больнице становится синдром «госпитализма». Ребенок часто оказывается в самом низу иерархической лестницы больницы, при необходимости операции не спрашивается его готовность или желание, ребенок не становится активным участником собственного выздоровления.

В условиях хронической болезни у подростков (по сравнению с младшими детьми) наблюдается готовность к ипохондрическому типу реагирования, возникают невротические ипохондрические расстройства, истерические и истероформные нарушения. Как правило, хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности (Ковалев, 1972).

Длительное соматическое заболевание нередко становится у детей источником задержки общего и психического развития. Так, задержки психического развития соматогенного происхождения, вызванные соматической недостаточностью различного генеза (хронические инфекции, пороки развития соматической сферы и т. п.), выделяются как один из вариантов задержек психического развития. Чаще всего стойкая астения, снижающая общий психический тонус, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы (Лебединская, 1982; Лебединский, 1985). Более того, можно говорить об определенной степени психического инфантилизма у детей и подростков с врожденными пороками сердца, ревматизмом, хронической дизентерией и т. п. (Ковалев, 1972).

Для внезапно наступившего серьезного заболевания, не сопровождающегося стойкой, порой многолетней астенией, справедливо мнение Выготского о том, что любой дефект есть всегда и источник силы. Одновременно с дефектом даны «психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта... именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс, как его движущая сила» (Выготский, 1983—С. 39—40). Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденцию к сверхкомпенсации очень важна



при реабилитационной работе с больными злокачественными заболеваниями детьми и подростками. Особенности психического развития подростков в ситуации опухолевой болезни исследовались в совместных работах со Шпажниковой (1980), Яицкой (1981), Копыл (1984). В них исследовались внутренняя картина болезни и самооценка подростков в динамике. В данных работах подчеркивались важность изучения защитных механизмов, их роль в становлении ВКБ, самооценки, отношения к лечению.

Несмотря на появление возрастных особенностей, общих для всех подростков, для исследованных нами детей с онкологическими заболеваниями болезнь оказалась многократно травмирующим фактором.

В ряде работ зарубежных авторов подчеркивается, что подросток должен знать все, что он хочет, о своем настоящем и будущем, что ему необходимо знать диагноз. Отечественные врачи считают, что этого делать не следует, поскольку знание диагноза может лишь усилить страх и неуверенность (Дурнов, 1983). Однако большинство подростков все же знают свой диагноз. Болезнь часто становится предметом постоянных дискуссий родителей и нередко в присутствии детей; наконец, сами подростки, не впервые оказавшись в стационаре, знают, «какой врач что лечит». Тем не менее знание диагноза для подростка не есть осознание тяжести болезни и ее прогноза (в отличие от взрослых больных). Так, В. К., перенесший удаление селезенки, не впервые находящийся на лечении из-за сильных болей в связи с рецидивом заболевания, твердо уверен, что через два года, наконец, кончит, по его словам, «валяться по больницам». Д. И. (низкодифференцированная опухоль стромы полового тяжа), в течение двух лет уже перенесшая две операции, попавшая в тяжелом состоянии в больницу, уверена, что «выкарабкается» и сможет после окончания школы работать воспитателем в детском саду. С другой стороны, дети могут постепенно, опосредованно осознать тяжесть болезни. Этому способствует вся обстановка больницы: тяжелые процедуры, неожиданно быстрые ухудшения собственного состояния, наблюдения за другими детьми, поведение родителей (например, слезы матери в присутствии ребенка, если она при этом пе-



рестает следить за собой, и т. д.). У некоторых детей это приводит к тяжелейшим депрессивным состояниям, подросток перестает верить в возможность своего будущего. Так, О. З. (ретикулосаркома) говорил о себе только в прошедшем времени: «хотел быть», «любил». Его мать рассказывала, что после биопсии часто ловила на себе его немой вопрос, пока, наконец, не услышала: «...здесь не больница, это институт, на нас смотрят, как других лечить». Общение между подростками может приводить к тяжелым реактивным состояниям у некоторых из них. Все подростки на вопрос: «Чего им не хватает для счастья?» отвечают: «Выздороветь и уйти отсюда». Двое из них для запоминания слова «беда» рисуют больницу, один — кувшин, накрытый черным полотном, — «символ смерти». Неуверенность в своем будущем, состояние внутренней напряженности характерны для ряда больных: «Мать и дочь. Кто-то им сказал, что сын (брат) ушел на речку. В этой речке никто не купался, нельзя было купаться, а он захотел искупаться. И вот они обе бегут на эту речку, встревожены, как бы успеть вытащить его оттуда, как бы течение его не унесло» (рассказ по ТАТ Д. И., низкодифференцированная опухоль полового тяжа). В этом рассказе больная переносит свое чувство страха на другого человека.

Травмирующим для подростка становится и изменение внешнего облика в результате химиотерапии и лучевой терапии. В работе Шпажниковой (1980) было показано, что гораздо тяжелее подростки переносят (и оценивают) изменение внешнего облика, нежели другие проявления болезни. Я. Ю. (ретикулосаркома) оценивает себя очень низко по шкале «счастье»: «Потому что я такая несчастная...». Травмирующей может стать и встреча с друзьями, изменившими свое отношение к больному вследствие наличия дефекта внешности, вызванного болезнью.

Подростки тяжело переносят «вырывание из привычной жизни» — отрыв от учебы, друзей, долгую разлуку с родным городом, они завидуют одноклассникам, которые «ходят в школу, как все». В рассказах по картинкам ТАТ у Я. Ю. (ретикулосаркома) дважды проходит тема: «девочка с удовольствием делала уроки»; И. С. (саркома) в пиктограмме на сло-



во «беда» рисует пожар: «Дом горит. Загорелся родной дом. Беда. Никого больше нет рядом».

Таким образом, болезнь — многогранная травма для подростка. У большинства ребят шкалы «счастье» и «здоровье» при исследовании самооценки коррелируют между собой.

Рассматривая особенности психики больных подростков, можно отметить, что в отличие от взрослых больных ни у кого из подростков не отмечалось факта «отрицания болезни». Копыл (1984) выделила следующие явления, в основе которых лежит защитная активность: «уход от болезни» (а) в прошлое, (б) в фантазии, (в) в будущее (с признанием временного характера преграды).

Остановимся на более подробном рассмотрении этих явлений.

**Уход в прошлое.** Этот момент ясно выражен в высказываниях подростков. Так, Т. Т. (злокачественная опухоль мягких тканей левой подвздошной области) сама начинает рассказывать о своем городе, друзьях, любимых фильмах. Она отмечает, что может быть полностью счастливой, для этого надо выздороветь и вернуться домой, а там — «все по-прежнему», «обыкновенно»: «Так хочется заниматься уроками, вымыть полы, хочется, чтобы все встало на свои места... сорваться бы и бежать». Прошлое оценивается как эталон счастья. То, что ранее не замечалось, считалось естественным — здоровье, друзья рядом, — символизирует счастье: «ведь если здоров, уже счастлив».

**Уход в фантазии.** Например, больная Т. Г. «обожает Андерсена», которого здесь, в больнице, перечитывает. Хотя сейчас у нее длительная ремиссия, о больнице она говорить отказывается, все вопросы воспринимая очень настороженно. В ее рассказах ТАТ часто можно встретить сказочных персонажей, таинственные обстоятельства. Они часто лишены будущего, но в настоящем отмечается много счастливого ожидания: «...мама и дочка... Их отец и брат уехали в далекое путешествие. Ведь это старинное платье? Вдруг они узнали, что приближается какое-то судно. Они бегом побежали к морю. Так обрадовались, что побросали все свои дела» (рассказ по картинке 9, ТАТ). Девочка как будто остановилась на сегодняшнем дне, но не реальном, а призрачном, отказываясь думать о будущем: «Кто-то стоит на мосту и смотрит вниз на речку, как плывут корабли и заходит солнце. Он каждый вечер торопится сюда, чтобы не пропустить закат. Любуется и солнцем, и речкой, и всем происходящим вокруг него» (13, ТАТ). Даже ее рисунки в пиктограмме лишены связи с реальностью, и поэтому задача опосредования не всегда становится достижимой.

**Уход от болезни** может принимать форму устремленности в будущее. Болезнь в этом случае воспринимается как преграда, носящая временный характер. Так, больной С. З. (нефронома почки, метастазы в легкие) оценивает себя почти на вершине шкалы «счастье»: «Более счастлив, чем другие, — скоро по-



еду домой. Лето наступает. Буду кататься на мопеде. Новая квартира. Братья приходят из армии. Машину сделают папка с Игорем». Он же в пиктограмме для запоминания слова «разлука» рисует двух человечков, разошедшихся в разные стороны: «Два человечка, два друга разошлись на время. Разошлись на некоторое время». — повторяет он, интонационно делая ударение на последних двух словах. На слово «дружба»: «Два друга снова встретились. Неразлучны». У многих больных рассказы ТАТ схожи: неопределенность, неудача в сегодняшнем дне, но зато в будущем все невзгоды уходят, ситуация счастливо разрешается. Подростки возлагают надежду на уверенность в себе, на самовнушение: «Я здоров, я здоров, я здоров», на поддержку родителей. Обращает на себя внимание удивительное сходство рассказов по 14-й картинке ТАТ (в особенности у больных девочек). Они сравнительно более длинные, в них много привнесенных деталей. Это уход от болезни с надеждой на вмешательство непонятого случая: «Был уже март, на улице лежал снег. Казалось, что весны не будет. Но однажды ночью мальчик выглянул в окно и не узнал улицу: снег растаял и было по-весеннему тепло. Утром, когда он проснулся, светило яркое солнце, все люди радовались, потому что наступила весна» (больная Л. Г.).

С феноменом «ухода от болезни» связан такой вид психологической «защиты», как «семантико-перцептивная» (Тхостов, 1980). В нашем исследовании он встречался дважды у одного и того же больного (В. К.). Для этого больного вообще характерны истероидные реакции, большая внушаемость. Как отмечал Тхостов, суть этого вида «защиты» состоит в том, что нарушается структурирование угрожающих стимулов. Можно предполагать, что перцептивное искажение — перевод угрожающего стимула в нейтральный — также относится к этому виду «защиты». Больной, рассказывая по картинке 3 ТАТ, принимает за ножницы лежащий револьвер, его рассказ носит формальный характер: «Женщина. Это дело происходит в комнате — на этом ковре — ножницы, тот предмет, на который она облокотилась — диван или скамейка. Что предшествовало? Ссора с любовником или любимым человеком. Поэтому она прямо так уселась. Что будет? Все войдет в свое обычное русло. Но может быть, если это сильное впечатление, то она может и заболеть». Еще более любопытный феномен продемонстрировал этот больной в пиктограмме. К слову «беда» он черным карандашом нарисовал здание онкологического центра: «Неужели не узнаете?». Но при воспроизведении единственное, что он не смог воспроизвести, было слово «беда».

Для подростков, не первый раз находящихся на



лечении, характерна особая «установка на защиту»: любые внешние атрибуты «притягиваются» для этого. Это и хорошо запоминаемые слова врача, и новые лекарства, наконец, само разделение отделений гематологии и онкологии становятся внутренними аргументами возможной нацеленности на будущее. Для этих ребят характерна большая внутренняя работа, способствующая их большей «защищенности». Так, больная И. С. продемонстрировала наиболее адекватную «защиту», менее противоречащую объективным обстоятельствам, — «не я одна», которую можно выразить словами самой И. С.: «У других еще хуже, но ведь ничего?». Большая адекватность выражается, в частности, в том, что у И. С. менее выражены психогенные реакции на травмирующее воздействие болезни; большинство больных, которые с ней общаются, ставят ее выше себя по шкалам «характер» и «ум», более того, находят у нее определенную поддержку, тянутся к ее спокойствию и рассудительности.

Для подростков, находящихся в стационаре не впервые, свойственна большая внутренняя, порой осознанная работа, способствующая большей «психологической защищенности». С. З. (нефронома почки), через три года вновь попавший в больницу из-за метастазов в легкие, рассказывает, что решил всерьез заняться радио после того, как врачи сказали, что «живчиком» ему не быть. Раньше он хотел быть летчиком, мечтал поступить в авиационный институт, но вот уже два года занимается в кружке радиолюбителей. Однако в рассказах ТАТ появляется мальчик, рано утром вставший и с завистью смотрящий на самолеты; в самооценке выше всего оцениваются по шкале «счастье» «те, кто не знает горя, — летчики, космонавты, ведь подняться в небо — счастье». С новым мотивом «стать радиотехником» связаны и ближайшие цели — окончание школы, техникума. И все же притягательность уже недостижимого не пропала и выявляется с помощью самых разнообразных психологических методик.

Можно говорить об определенной связи степени «защищенности» и особенностей личности в преморбиде. Большей травмой болезнь оказывается для детей с высоким уровнем притязаний, лидеров, занима-



ющихся общественной работой. Болезнь для них — трагическое лишение всего, явление несправедливое и непонятное. Тем не менее и у таких детей постепенно происходит определенная адаптация к болезни, в частности, они очень успешно находят компенсации снижению памяти, мышления, вызванному астеническим состоянием. Более успешно адаптация к болезни протекает у подростков, тесно связанных с родителями и до болезни, а также у подростков с более узкой сферой потребностей в преморбиде. Конечно, и для них болезнь — травма, но все же она менее многогранна. Такие ребята реже вступают в конфликт со своими близкими и сверстниками, относятся к другим больным мягче, с желанием помочь им. Подростки нередко ставят таких детей выше себя по шкалам «характер» и «ум», ведь в условиях больницы точка отсчета для этих понятий меняется (Яицкая, 1981).

Имеется несомненная связь адаптации к болезни с возрастом. Тяжелее воспринимают условия больницы младшие подростки. У них чаще встречаются дистимический тип реагирования (капризность, всегда пониженное настроение), неумение собраться в условиях психологического исследования.

Говоря о роли родителей в формировании «защитных способов реагирования», можно отметить двоякое их значение. Даже в условиях очень тяжелого состояния ребенка одни находят в себе силы оптимистического настроя и себя и больного, способствуют снятию некоторых травмирующих воздействий болезни на подростка. Так, мама Т. Т. (злокачественная опухоль мягких тканей левой подвздошной области) еще до операции возит дочь на примерку парика, потому что у той очень сильно выпадают волосы, а они собираются после операции ехать домой. Другие родители не в силах сдерживать себя в присутствии ребенка, их поведение провоцирует появление патохарактерологических реакций у больного (активного протеста — грубости, агрессивного поведения по отношению к матери и т. п.).

Мы наблюдали большую склонность к компенсации у больных подростков тех дефектов, которые обусловлены заболеванием. Вслед за Савенко (1974) мы рассматриваем механизмы «психологической компенсации» как совокупность психологических прие-



мов, позволяющую относительно успешно осуществлять самоактуализацию в условиях различных осложняющих этот процесс обстоятельств и трудностей. Эти механизмы могут быть как внутренними, так и внешними, они могут касаться компенсации своего состояния или внешних жизненных обстоятельств; главное их значение — приспособительный эффект.

Многие приемы компенсации возникают спонтанно. Подростки часто приходят к такому подбору игр и развлечений, которые не столь явно свидетельствуют об утраченных возможностях (в первую очередь самому себе) и позволяют успешно в сравнении с другими выполнять эти виды деятельности.

Приведем пример. Так, О. З. постоянно отказывается, порою грубя матери, от «мыслительных игр», ранее легко выполнявшихся ею. В больнице с увлечением играет с подростками в карты, морской бой. Более того, она становится предводителем среди мальчиков, не допуская «расхлябанности», заставляя их следить за собой. Я. Ю., постепенно осознавая тяжесть заболевания, также находит определенные способы компенсации осознаваемых нарушений памяти, мышления, эмоциональной сферы. Она все меньше читает, потому что плохо помнит только что прочитанное, зато чаще слушает мамино чтение, которое успокаивает, напоминает детство, она слушает его, как музыку. Об этом она рассказывает и в ТАТ, идентифицируя себя с персонажем: «С детства мама девочке читала книги. Ей всегда это очень нравилось. Голос мамы успокаивал. Однажды мама читала книгу, но девочки позвали ее гулять. Но она не пошла. Потом мама сказала: «Иди, делай уроки». Девочка с удовольствием сделала уроки, и потом мама снова начала читать. Через много лет девочка выросла, но когда приезжала, просила маму почитать ей. И она все время читала ей одну и ту же книгу» (7, ТАТ). Эта же девочка подолгу вышивает, раскрашивает картинки, разрисовывает вместе с другими ребятами воздушные шары, полностью уходя в работу, чего прежде (по замечанию матери) никогда не было. Подростки с удовольствием используют такие способы компенсации «социального вывиха», обусловленного дефектом, которые предлагают им взрослые. Они с удовольствием читают смешные рассказы Драгунского о школе, причем делают это вслух, рассматривают альбомы о Москве, увлекаются рисунками Бидstrupа и т. д.

Можно выделить у подростков и существование определенной тенденции к сверхкомпенсации, о которой писал еще Выготский (1983). Так, двое ребят оценивают себя очень высоко по шкале «счастье»: «потому что я хочу быть счастливой» (И. С.), «потому что я уверена, что все сделаю, чтобы быть такой как все» (Т. Л.).

Остановимся подробнее на психологической сущ-



ности описанных феноменов. Анализ экспериментальных и литературных данных позволяет предположить возникновение у ряда больных особой деятельности, мотив которой — сохранение стабильности субъекта как индивида и личности. Под понятием «индивид» мы понимаем рассмотрение субъекта как «природного существа»; это не только генотипическое образование, но также свойства интеграции качеств, складывающиеся онтогенетически, «сплавы врожденных и приобретенных реакций, изменяющееся предметное содержание потребностей, формирующиеся доминанты поведения» (Леонтьев, 1983. — С. 195). Конечно, злокачественное заболевание угрожает прежде всего самой жизни человека. С этим фактом постоянно сталкивается подросток в стационаре. Однако в ходе исследования ни один подросток не говорил о своем желании «просто остаться жить». Это всегда было желание «выздороветь», «вырваться отсюда», «чтобы все было как всегда», «чтобы семья была, работа интересная». Здесь мы имеем дело с личностью подростка, с его представлением о смысле жизни, о подлинных ценностях. Ни один, даже самый грубый телесный недостаток, то есть свойства человека как индивида, не может «сам по себе породить... никаких собственно психологических особенностей человека, как личности» (Леонтьев, 1983. — С. 198).

Характерный для всех исследованных подростков феномен ухода от болезни (в прошлое, в мир фантазии, в будущее) помогает «забыть», отстраниться от настоящего, сохранить веру в возможность полноценного будущего. Вызванное болезнью изменение социальной роли существенно повлияло на складывание отношений с другими людьми, на критерии их оценки. В ряде случаев другими стали профессиональные устремления подростков. Так, С. З. свое будущее связывает не с летной школой, как ранее, а с занятием радиотехникой. Характерны и особенности взаимоотношений детей и взрослых. Все, что уводит от больничной реальности, помогает «развлечься», «отвлечься», с благодарностью принимается детьми (в частности, походы в кино, чтение книг о войне, смешных историй о школе, фантастики, детективов, проглядывание журналов мод, комиксов). Такие способы «защитного реагирования», предлагаемые взрос-



лыми, включаются в защитную деятельность как действия. Поведение родителей, способствующее осознанию настоящей тяжести заболевания, отвергается, вызывая реакции агрессии и протеста.

Можно предположить также, что «семантико-перцептивная защита» (Тхостов, 1980), которая проявилась и в нашем исследовании, является одним из видов операций в условиях угрожающей стимуляции, что она является способом осуществления действия, ведь не случайно, что все подростки выбирают для чтения ту литературу, в которой возможность появления угрожающих стимулов очень мала.

Подобная деятельность стоит и за такими известными в соматической клинике феноменами, как «отрицание болезни», «рационализация симптомов».

В сознании появление нового смыслообразующего мотива отражается в воплощении нового смысла в значениях. Как указывал Леонтьев, личностный смысл существует не иначе, как в значениях, существующих объективно и закрепленных в языке, но никогда с ним не совпадает; идет процесс постоянного воспроизводства этого несовпадения смысла и значения. Для больного злокачественными новообразованиями подростка значения «болезнь», «смерть», «разлука» наполняются новым смыслом, причем в ходе развития заболевания и «защиты» можно предполагать дальнейшую динамику смыслов.

Что же является побудителем к защитной активности? Мы полагаем, что таковым в ситуации тяжелейшего заболевания является конфликт деятельности по усвоению значений (всегда актуальной для личности в период ее становления, поскольку ее основной мотив — усвоение общественно-исторического опыта), в частности значения понятия «болезнь», с важнейшими видами деятельности подростка — общением, учебой. Смыслообразующие мотивы этих видов деятельности занимают самое высокое место в иерархии мотивов личности подростка. С ними связаны возможности его самоактуализации, самосознания, планы на будущее.

Защитная активность личности подростка способствует тому, что объективное значение «болезни» часто не усваивается подростком, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Круг проблем, затронутый в настоящей книге, достаточно широк, однако он далеко не исчерпывает всех вопросов, возникающих как в практике работы психолога с соматически больными, так (в еще большей степени) и тех, что заслуживают самого тщательного и целенаправленного научного изучения. Подводя краткие итоги проделанной работы, нам хотелось бы остановиться на некоторых следствиях, которые из нее вытекают.

Совершенно очевидно, что тот контингент больных, который описывался, не охватывает всего разнообразия форм соматической патологии. Поэтому закономерно возникает вопрос о том, в какой мере те результаты психологического анализа, которые представлены в данной книге, могут быть распространены, перенесены на больных, страдающих другими хроническими соматическими заболеваниями. Психологическая логика работы убеждает нас в принципиальной возможности подобного переноса, хотя бы частичного. Основанием для этого служат следующие соображения.

Любая хроническая болезнь независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональная система оказывается пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека. В этом отношении самые разные хронические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства.

Что же общего в жизненной ситуации у исследованного нами контингента больных с больными, страдающими иными хроническими соматическими заболеваниями? Укажем на несколько таких признаков, важных с психологической точки зрения. Во-первых, наличие определенной биологической вредности, влияющей на условия функционирования организма и центральной нервной системы; специфиче-



ская соматогенная интоксикация (или гипоксия). Следствием этого является развитие астенического синдрома разной степени выраженности, а иногда и явлений особой соматогенной энцефалопатии. Во-вторых, различная степень витальной угрозы, о которой чаще всего знает сам больной. В-третьих, длительность течения болезни с возможными периодами затухания и обострения болезненного процесса, предполагающими длительное лечение, иногда пребывание в стационаре в ситуации тягостных для больного лечебных процедур. В-четвертых, отрыв от привычных условий жизни с ограничением или полным исключением трудовой деятельности, сужением и ограничением привычного круга общения и т. д. И наконец, возможные негативные социальные последствия болезни: потеря или снижение трудоспособности, изменение семейного статуса, общее изменение социального статуса человека.

При наличии всех этих черт сходства социально-психологических условий можно с полным правом предположить возможность и правомерность переноса имеющегося у нас опыта на другие контингенты хронически больных соматическими заболеваниями. Конечно, при этом будут наблюдаться и нозологические отличия, которые необходимо учитывать, но они, на наш взгляд, не имеют принципиального характера.

Отмеченные особенности социальной ситуации развития, в которой оказывается внезапно заболевший человек, могут менять весь стиль его жизни: его жизненные установки, планы на будущее, его жизненную позицию по отношению к различным важным для больного обстоятельствам и к самому себе. Все эти изменения оказываются предметом психической активности больного и находят отражение, как показывает наш материал, в особом, формирующемся в условиях болезни образовании — внутренней картине болезни. В содержании ВКБ отражается не только преморбидная личность больного и наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но по ее характеру, как мы отмечали ранее (см. главу III), можно прогнозировать возможность появления многих психических отклонений, аномального изменения личности в целом. По динамике ВКБ мы получаем возможность судить о постепенном изменении жиз-



ненной позиции больного, о присвоении им социальной «роли» больного, о, так сказать, вызревании в ее недрах нового смыслообразующего мотива — мотива сохранения здоровья, становящегося впоследствии зачастую новым ведущим мотивом деятельности, определяющим всю новую постболезненную направленность личности. Таким образом, ВКБ — основной комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и приводить к стойкому аномальному развитию личности больного. Именно поэтому ВКБ становится центральным психологическим образованием, на которое следует направлять психокоррекционные воздействия.

Изучение той особой жизненной ситуации, в которую ставит человека хроническое соматическое заболевание, выдвигает на первый план ряд проблем, важных для решения общетеоретических вопросов психологии личности, прежде всего вопроса о закономерностях и движущих силах развития личности. В советской психологии является общепризнанным методологическое положение о том, что движущие силы развития личности заключены в противоречиях реальной деятельности субъекта, анализ которых может помочь раскрытию основных направлений и тенденций развития человека.

Анализ психической деятельности хронически больных соматическими заболеваниями открывает перед исследователем достаточно широкий спектр возможных противоречий развития. Назовем некоторые из них, опираясь на результаты представленной работы:

- противоречие между энергетической и содержательной, смысловой сторонами деятельности;

- противоречие между операциональными возможностями реализации деятельности и ее смысловыми, личностными компонентами;

- противоречие между смыслообразующими и реальнодействующими мотивами деятельности;

- противоречие между наличным контекстом деятельности и возможностями ее ориентации в будущее;

- противоречие между имеющимся психическим



отражением актуальной ситуации (ВКБ) и реальным состоянием больного и перспективами его развития.

Изучение психологической сущности перечисленных здесь противоречий может составить задачу дальнейших специальных психологических исследований с целью определения удельного веса каждого из них в судьбе больного, лечебного процесса в целом и психокоррекционных воздействий в частности.

Мы уже отмечали ранее, что работа психолога с контингентом больных хроническими соматическими заболеваниями предполагает перестройку и всей системы психодиагностики с учетом последующего психокоррекционного этапа работы с больными. Разработка комплекса взаимосвязанных психодиагностических средств, пригодных для динамической диагностики всей социальной ситуации развития, — самостоятельная научно-практическая задача, решение которой может создать гарантию адекватности и успешности психокоррекционной работы.



## ЛИТЕРАТУРА

Маркс К., Энгельс Ф. Соч. — 2-е изд. — Т. 1. — С. 64; Т. 49. — С. 173—174.

Материалы XXVII съезда КПСС. М., 1986.

Акжигитов Г. Н., Виноградов М. В. Психические нарушения при остром панкреатите // Клиническая медицина. — 1974. — № 1.

Ананьев Б. Г. К постановке проблемы развития детского самосознания // Известия АПН РСФСР. — 1948. — Вып. 18.

Андреева Г. М. Социальная психология. — М., 1980.

Ануфриев А. К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение I. Псевдоорганическая невросоматическая симптоматика // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978. — № 6.

Ануфриев А. К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение II. Клиническая симптоматика // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978. — № 8.

Ануфриев А. К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение III. Четыре компонента и четыре стадии скрытой эндогенной депрессии // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978. — № 9.

Анцыферова Л. И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. — М., 1981.

Анцыферова Л. И. Некоторые вопросы исследования личности в современной психологии капиталистических стран // Теоретические проблемы психологии личности. — М., 1974.

Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирование личности. — М., 1976.

Асмоллов А. Г., Братусь Б. С., Зейгарник Б. В. и др. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности // Вопросы психологии. — 1979. — № 4.

Асмоллов А. Г. Деятельность и установка. — М., 1979.

Асмоллов А. Г. Личность как предмет психологического исследования. — М., 1984.

Асмоллов А. Г., Марилова Т. Ю. Роль смены социальной позиции в перестройке мотивационно-смысловой сферы у онкологических больных // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1985. — № 12.

Баканова И. В., Зейгарник Б. В., Николаева В. В., Шефтелевич О. С. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности // Бессознательное. Природа, функции, методы исследования. — Т. 2. — Тбилиси, 1978.

Бамдас Б. С. Астенические состояния — М., 1961.

Бангевец В. В. Психотерапия в комплексном лечении бронхиальной астмы // Клиническая медицина. — 1973. — № 3.

Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. — М., 1967.



- Бассин Ф. В. Проблема бессознательного. — М., 1968.
- Бассин Ф. В. О силе «Я» и «психологической защите» // Вопросы философии. — 1969. — № 2.
- Бассин Ф. В. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни // Клиническая медицина. — 1970. — № 9.
- Бассин Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. Тезисы докладов. — М., 1972.
- Бассин Ф. В. Сознание, «бессознательное» и болезнь // Вопросы философии. — 1972. — № 9.
- Белов В. П. Нервно-психические нарушения у лиц, перенесших операцию по поводу рака желудка // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1976. — № 9.
- Березин Ф. Б., Богословский В. А., Михайлов А. Н. Психофизиологические соотношения при пароксизмальных формах нарушений сердечного ритма // Кардиология. — 1978. — № 9.
- Березин Ф. Б. Некоторые механизмы интрапсихической адаптации и психосоматические соотношения // Бессознательное. Природа, функции, методы исследования. — Т. 2. — Тбилиси, 1978.
- Бессознательное: природа, функции, методы исследования. — Т. 1—3. — Тбилиси, 1978.
- Богаченко В. П. Нервно-психические нарушения у больных циррозом печени и портальной гипертензией // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1970. — № 7.
- Боголепов Н. К., Мартынов Ю. С., Малкова Е. В. Гепатопортальная энцефалопатия // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1970. — № 4.
- Бодалев А. А. Личность и общение. — М., 1983.
- Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. — М., 1968.
- Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. — Т. 1—2. — М., 1950.
- Братусь Б. С. К изучению смысловой сферы личности // — Вестн. Моск. ун-та. Серия 14. Психология. — 1981. — № 2.
- Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. — М., 1974.
- Бурно М. Е., Зикеева Л. Д. К вопросу об отношении больного к своему соматическому заболеванию // Терапевтический архив. — 1974. — № 10.
- Вайзе К. Клинико-психологические проблемы реабилитации психически больных. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978. — № 1.
- Вайзе К., Воловик В. М. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. — М., 1980.
- Вилюнас В. К. Психология эмоциональных явлений. — М., 1976.
- Виноградов В. Ф. Особенности личности у больных



нейроциркуляторной дистонией по кардиальному типу // Кардиология. — 1978. — № 12.

Воловик В. М. Системный подход и функциональный диагноз // Проблемы системного подхода в психиатрии. — Рига, 1977.

Выготский Л. С. Собрание сочинений. — Т. 4—5. — М., 1983.

Галант И. Б. Психические расстройства при заболеваниях печени // Материалы II Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. — М., 1967.

Ганелина И. Е., Дерягина Г. Б., Краевский Я. М. Личностные особенности и отдаленный прогноз инфаркта миокарда // Кардиология. — 1978. — № 8.

Гарнис В. А. Некоторые аспекты «терапии занятостью» в условиях психиатрического отделения // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Л., 1973.

Гарнис В. А. Корабельников К. В. Некоторые вопросы организации процессов занятости психически больных в условиях отделения восстановительной терапии // Вопросы реабилитации больных нервно-психическими заболеваниями. — Томск, 1975.

Герасименко В. Н., Борисов И. В. О месте и роли психотерапии в онкологической практике // Клиническая медицина. — 1974. — № 9.

Герасименко В. Н., Борисов И. В., Артюшенко Ю. В. Некоторые вопросы психосоматической адаптации больных, перенесших операцию по поводу рака желудка // Клиническая медицина. — 1975. — № 3.

Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных. — М., 1977.

Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. — М., 1946.

Гиляровский В. А. Взаимоотношение соматического и психического в клинике соматогений // Проблемы кортико-висцеральной патологии. — Л., 1949.

Глориозова Т. Г., Хандкариан О. А., Шульцев Г. П. Состояние нервной системы при хронических заболеваниях почек. — М., 1980.

Гольдшейдер А. Боевые вопросы врачевания. — М., 1929.

Гольдштейн Л. М. К вопросу об атопическом дерматите // Вопросы лепрологии и дерматологии. — Ростов-на-Дону, 1963.

Гольдштейн Л. М. Атонические дерматиты по данным англо-американской литературы // Вестн. дерматологии и венерологии. — 1967. — № 12.

Горохова В. Н. Клинико-психологический анализ социально адаптированных лиц, страдающих хроническими дерматозами // Тезисы докладов к V Всесоюзному съезду психологов СССР. — М., 1977.

Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Л., 1981.

Губский Л. В., Ерохина Л. Г. Хроническая и латентная энцефалопатия // Клиническая медицина. — 1974. — № 9.



Губский Л. В. Клинико-электроэнцефалографические сопоставления при гепатопортальной энцефалопатии: Автореф. канд. дис. — М., 1978.

Джавад-Заде М. Д., Мальков П. С., Агаев М. М. Вопросы деонтологии при лечении больных с хронической уремией // Проблемы медицинской деонтологии. — М., 1977.

Дивитовская Н. И. Позиция личности: Автореф. канд. дис. — Л., 1971.

Дубровский Д. И. Психические явления и мозг. — М., 1971.

Дурнов Л. А. Поведение врача у постели умирающего ребенка // Актуальные эτικο-деонтологические вопросы современной медицины. — М., 1983.

Ермоленко В. М. Синдром диализной деменции: патогенез и клиника // Терапевтический архив. — 1981. — № 6.

Зайцев В. П. Нарушения сна при инфаркте миокарда, их лечение психотропными средствами // Клиническая медицина. — 1973. — № 4.

Зайцев В. П. Вопросы психической реабилитации больных инфарктом миокарда: Автореф. докт. дис. — М., 1975.

Зайцев В. П., Муханов А. Б. К систематизации психических расстройств у больных инфарктом миокарда // Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976.

Зайцев В. П., Кольцова Т. И. Сравнительная эффективность некоторых трициклических антидепрессантов у больных хронической ИБС // Клиническая медицина. — 1977. — № 9.

Зайцев В. П. Значение психологических факторов в кардиологии // Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. — М., 1980.

Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи. — М., 1909.

Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. — М., 1957.

Зейгарник Б. В. Патология мышления. — М., 1962.

Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. — М., 1969.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 1976.

Зейгарник Б. В., Николаева В. В. Место психологии в медицине // Вестн. Моск. ун-та. Серия 14. Психология. — 1977. — № 3.

Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. — М., 1980.

Зейгарник Б. В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии // Вестн. Моск. ун-та. Серия 14. Психология. — 1981. — № 2.

Зикеева Л. Д. Невротические реакции у больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом // Клиническая медицина. — 1974. — № 9.

Зикеева Л. Д., Рожнов В. Е., Шульцев Г. П. Психотерапия при хроническом гломерулонефрите и пиелонефрите // Клиническая медицина. — 1978. — № 9.

Изард К. Эмоции человека. — М., 1980.

Иоселиани К. К. Диагностика уровня психической работоспособности при различных стадиях гипертонии // Пробле-



ма изменения и восстановления психической деятельности. — М., 1977.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — Л., 1978.

Кабанов М. М. Экологизация медицины и концепция реабилитации // Реабилитация больных психозами. — Л., 1981.

Кабанов М. М. Экологизация медицины и концепция реабилитации больных // Психологический ж. — 1982. — № 6.

Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983.

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. — Л., 1982.

Карева М. А. Об одном виде формирования патологического мотива в подростковом возрасте: Автореф. канд. дис. — М., 1975.

Карева М. А., Коркина М. В., Цивилько М. А. и др. Состояние познавательной деятельности у больных с соматогенными психическими расстройствами и вопросы социальной адаптации // Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях. Тезисы докладов на пленуме правления общества невропатологов и психиатров (г. Набережные Челны, 4—6 июля 1979 г.). — М., 1979.

Кассирский И. А. Об иатрогенных заболеваниях // Клиническая медицина. — 1969. — № 10.

Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. — Л., 1980.

Кербиков О. В. Избранные труды. — М., 1971.

Киселева Н. П. Нервно-психические расстройства у больных экземой // Материалы научно-практической конференции невропатологов и психиатров. — Тюмень, 1971.

Киященко Н. К. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. — М., 1973.

Ковалев В. В. Нервно-психические нарушения у больных врожденными пороками сердца // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1959. — № 8.

Ковалев В. В. Личность и ее нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — М., 1972.

Ковалев В. В. Психические нарушения при пороках сердца. — М., 1974.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979.

Коган В. М., Шабалина Н. Б. Психологические исследования при гипертонической болезни и симптоматической гипертонии // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. — М., 1969.

Коган В. М., Лебединская Е. И. Значение степени выраженности психических функций для врачебно-трудовой экспертизы // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. — М., 1972.

Коган В. М. Патопсихологическое исследование деятельности и самооценки // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976.

Коган В. М., Никифоров А. С., Солдатова С. А.



Экспериментально-психологические исследования структуры и динамики ассоциативных процессов при различных стадиях хронической почечной недостаточности // Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976.

Кожуховская И. И. Виды нарушения критичности у психически больных: Автореф. канд. дис. — М., 1973.

Кон И. С. Открытие «Я». — М., 1978.

Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага, 1979.

Коновалов Н. В. Гепато-церебральная дистрофия. — М., 1960.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Карева М. А., Модин В. П. К вопросу о психических нарушениях при циррозе печени с портальной гипертензией // Материалы V научной конференции невропатологов и психиатров. — М., 1974.

Коркина М. В., Лопаткин Н. А., Цивилько М. А. Роль психиатра в работе отделений гемодиализа и пересадки почки // Проблема общей и судебной психиатрии. — М., 1981.

Коченов М. М., Николаева В. В. Мотивация при шизофрении. — М., 1978.

Краснушкин Е. К. О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях // Труды III Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1950.

Кряжев С. В., Федорова Г. П. Нервно-психические нарушения после перенесенной ожоговой болезни // Клиническая медицина. — 1974. — № 1.

Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. — М., 1976.

Лебедев Б. А. Психические нарушения при почечной недостаточности // Хроническая почечная недостаточность. — Л., 1976.

Лебедев Б. А. Психиатрические и психологические аспекты лечения гемодиализом больных с почечной недостаточностью // Хроническая почечная недостаточность. — Л., 1976.

Лебедев Б. А. Соматопсихические соотношения у больных хронической почечной недостаточностью в процессе лечения гемодиализом // Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях. — М., 1979.

Лебединский М. С. Личность и болезнь // Проблемы личности. Материалы симпозиума. — Т. 2. — М., 1970.

Лебединский М. С. Деонтологический аспект проблемы «личность и болезнь» // Проблемы медицинской деонтологии. — М., 1977.

Лебединская К. С. Клиническая характеристика «трудных» подростков // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1978. — № 10.

Лебединская К. С. К проблеме этиологической и патогенетической классификации задержек психического развития // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1982. — № 3.

Лежепёкова Л. Н., Якубов Б. А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. — Л., 1977.

Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. — М., 1959.



Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. — М., 1975.

Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения. — Т. 1—2. — М., 1983.

Личко А. Е., Иванов Н. Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Ж. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1980. — № 8.

Лопаткин Н. А., Коркина М. В., Цивилько М. А. Психические нарушения у больных с хронической почечной недостаточностью // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1971. — № 12.

Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. — М., 1944; М., 1977.

Лурия А. Р., Зейгарник Б. В., Поляков Ю. Ф. Психология и ее роль в медицине // Вопросы психологии. — 1978. — № 1.

Майчак А., Масяк М., Хасцевич-Жецкая М. Терапевтическое сообщество, групповая психотерапия и трудовая терапия как интегральные элементы программы реадaptации больных затяжной шизофренией (оценка клинического улучшения общественного поведения больных на основании системы шкал) // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. — Л., 1974.

Малкова Е. В. Неврозоподобные состояния при патологии печени // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1968. — № 7.

Малкин П. Ф. Личность и психические заболевания // Проблемы личности. Материалы симпозиума. — Т. 2. — М., 1970.

Марилова Т. Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы): Автореф. канд. дис. — М., 1984.

Мартынов Ю. С., Малкова Е. В. Гепато-ленткулярная дегенерация и гепато-церебральные синдромы // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1973. — № 1.

Мартынов Ю. С., Малкова Е. В., Чекнева Н. С. Изменения нервной системы при заболеваниях внутренних органов. — М., 1980.

Машкиллейсон А. Л., Вейн А. М., Кутин С. А., Ротштадт И. В., Грунин Г. Б. Особенности патогенеза диффузного нейродермита // Материалы IV Всероссийского съезда дермато-венерологов. — Краснодар, 1976.

Михайлов К. В., Леонов В. Л., Горохова В. Н. Патопсихологические особенности больных, страдающих хроническими дерматозами, и методы их психотерапевтической коррекции // Патогенез и терапия распространенных дерматозов. Труды II Московского ордена Ленина гос. мед. ин-та. — М., 1975.

Морозов Г. В., Лебединский М. С. Соотношение психического и соматического в соматической болезни и наши задачи // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических заболеваний. — М., 1972.

Мудров М. Я. Избранные произведения. — М., 1949.

Муладжанова Т. Н., Николаева В. В. Особенности познавательной деятельности больных хронической почеч-



ной недостаточностью в терминальной стадии // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — № 12.

Муладжанова Т. Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: Автореф. канд. дис. — М., 1983.

Мясищев В. Н. Проблема отношений человека и ее место в психологии // Вопросы психологии. — 1957. — № 5.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.

Мясищев В. Н., Лебединский М. С. Введение в медицинскую психологию. — М., 1966.

Мясищев В. Н. Личность и отношения человека // Соотношение биологического и социального в развитии человека. — Вильнюс, 1974.

Николаева В. В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях: Автореф. канд. дис. — М., 1970.

Николаева В. В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях // Тезисы докладов «Проблемы патопсихологии». — М., 1972.

Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976.

Николаева В. В., Рыбина Г. Ф., Елецкий В. Ю. Особенности внутренней картины болезни у больных псориазом и нейродермитом // Ж. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1984. — № 12.

Обуховский К. Психологическая теория строения и развития личности // Психология формирования и развития личности. — М., 1981.

Ольшанский Д. В. Нейропсихологический анализ нарушений эмоционально-личностной сферы: Автореф. канд. дис. — М., 1979.

Орлова М. М. Условия формирования изменений личности у больных с заболеваниями легких: Автореф. канд. дис. — М., 1983.

Парыгин П. Д. Социальная психология как наука. — Л., 1965.

Первомайский Б. Я., Ялдыгина А. С., Феоктистов Ю. А. О соматогенно-реактивном психозе // Клиническая медицина. — 1973. — № 9.

Петровский В. А. К проблеме активности личности // Вопросы психологии. — 1975. — № 3.

Платонов К. К. О системе психологии. — М., 1972.

Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. — М., 1974.

Психология и медицина. Материалы симпозиума. — М., 1978.

Рафалович М. Б. Актуальные вопросы медицинской деонтологии в деятельности терапевтов // Клиническая медицина. — 1978. — № 4.

Рейнвальд Н. И. Проявление структуры личности больного в его отношении к своей болезни // Психология и медицина. Материалы симпозиума. — М., 1978.



Рожественская В. И. Индивидуальные различия работоспособности. — М., 1980.

Рожнов В. Е. Медицинская деонтология и психотерапия // Клиническая медицина. — 1969. — № 10.

Рожнов В. Е., Либих С. С. Психотерапия в клинике внутренних болезней // Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1979.

Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. Тезисы докладов. — М., 1972.

Ромасенко В. А., Скворцов К. А. Нервно-психические нарушения при раке. — М., 1968.

Ротенберг В. С. Активность сновидений и проблема бессознательного // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. — Т. 2. — Тбилиси, 1978.

Рохлин Л. Л. «Сознание болезни» и его значение в клинической практике // Клиническая медицина. — 1957. — № 9.

Рохлин Л. Л. Очерки психиатрии. — М., 1967.

Рохлин Л. Л. Психический фактор в клинике внутренних заболеваний // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — М., 1972.

Рубинштейн С. Л. Принципы и пути развития психологии. — М., 1959.

Рубинштейн С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии. — М., 1970.

Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. — 2-е изд. — Ташкент, 1979.

Савенко Ю. С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология // Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний. — М., 1974.

Сидоркина Т. П. Врачебно-трудовая экспертиза при хронических гепатитах и циррозах печени. — М., 1972.

Скворцов К. А. Очерки по психотерапии соматического больного. — М., 1958.

Смирнов В. М., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983.

Соколова Е. Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. — М., 1976.

Соколова Е. Т., Вавилов И. В., Реньге В. Э. Вариант теоретико-экспериментальной апробации ТАТ // Экспериментальные исследования в патопсихологии. — М., 1976.

Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. — М., 1980.

Столин В. В. Самосознание личности. — М., 1983.

Степанов А. Д. Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. — Горький, 1975.

Судаков К. В. Церебральные механизмы патогенеза артериальной гипертонии // Кардиология. — 1976. — № 5.

Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. — Л., 1984.

Тепеницына Т. И. О психологической структуре резонанса // Вопросы экспериментальной патопсихологии. — М., 1965.

Тхостов А. Ш. Психологический анализ изменений лич-



ности при некоторых онкологических заболеваниях: Автореф. канд. дис. — М., 1980.

Украинцев Б. С. Сущность отражения как всеобщее свойство материи // Ленинская теория отражения и современность. — София, 1969.

Франкл В. Поиск смысла жизни и логотерапия // Психология личности. Тексты. — М., 1982.

Фролов Б. Г. О динамике реакций личности на болезнь в структуре соматогенных психических расстройств у детей // Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976.

Фрумкин Я. П., Мизрухин И. А. Личность и психическое заболевание // Материалы симпозиума «Проблемы личности». — Т. 2. — М., 1970.

Халфина А. Б. Внутренняя картина болезни и трудоспособность психически больных // Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976.

Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1981.

Хромов Б. М. Идеи Р. А. Лурия о ятрогенных заболеваниях // Клиническая медицина. — 1978. — № 6.

Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. — М., 1972.

Цивилько М. А. Клиника психических нарушений у больных хронической почечной недостаточностью // Труды Университета дружбы народов им. П. Лумумбы. — М., 1970. — Вып. 7.

Цивилько М. А., Гудкова Е. С. К вопросу о психологической характеристике больных с хронической почечной недостаточностью // Проблемы патопсихологии. — М., 1972.

Цивилько М. А. Динамика психических нарушений у больных хронической почечной недостаточностью при оперативном лечении с помощью гемодиализа и пересадки почки: Автореф. докт. дис. — М., 1977.

Цивилько М. А. Клиника, лечение и профилактика психических нарушений у больных хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии при использовании оперативных методов лечения (гемодиализ, пересадка почки). Методические рекомендации. — М., 1977.

Шахматова Н. Б. Умственная работоспособность / Вопросы экспериментальной патопсихологии. — М., 1965.

Шевалев Е. А. О переживании болезни // Советская психоневрология. — 1936. — № 4.

Шевченко-Болтикова Т. А. Психические нарушения при нейродермите // Материалы III Тюменской областной научно-практической конференции невропатологов и психиатров. — Тюмень, 1971.

Шестопалова Л. Ф. Внутренняя картина болезни при депрессивных состояниях разного генеза: Автореф. канд. дис. — М., 1983.

Шхвацабая И. К., Аронов Д. М., Зайцев В. П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. — М., 1978.

Эльконин Д. Б. Детская психология. — М., 1960.

Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического



развития в детском возрасте // Вопросы психологии. — 1971. — № 6.

Ahmar D., Kurban M. The psychological profile by atopic dermatitis // Brit. J. of Dermatol. — 1976. — N 4.

Alexander F. Psychosomatic Medicine. — N. Y., 1950.

Armstrong S. H. The Psychologist's Place in Chronic In — Center Hemodialysis // Dialys. a. Transplant. — 1977. — V. 6. — N 2.

Armstrong S. H. Psychological Maladjustment in Renal Dialysis Patients // Psychosomatics. — 1978. — V. 19. — N 3.

Byrne D. G. Psychological responses to illness and outcome after survived myocardial infarction: a long term follow-up // Psychosom. Res. — 1982. — V. 26. — N 2.

Bolm G., Jachel H., Holtschoppen V. Gruppen-psychotherapie von Dialyse Patienten // Psychother. u. Med. Psychol. — 1979. — V. 29. — N 3.

Campailla G. Le psychosyndrome coronaire // Ann. med. psychosom. — 1973. V. 2.

Charpi C. Le mecanisme phytopathology. — Paris, 1954.

Goldstein M. A., Resnikoff M. Suicide in cronic hemodialysis patients from an external locus of control framework // Am. J. Psychiatr. — 1971. — V. 127. — N 9.

Greenberg I. M., Weltz S., Spitz C. Factors of Adjustment in chronic Hemodialysis Patients // Psychosomatics. — 1975. — V. 16. — N 4.

Greenberg M. D. Brain Damage in Hemodialysis Patients. — Dialys. a. Transplant. — 1978. — V. 7. — N 3.

Danilowicz D. A. Postoperative Reactions in Children: «Normal» and Abnormal Responses after Cardias Surgery // Amer. J. Psychiat. — 1971. — V. 128. — N 2.

De-Nour A. K., Czaczakis J. M. Emotional problems and reactions of the medical term in a hemodialysis unit // Lancet — 1968. — V. 2.

Di Michael S. G. Psychological Servicet in Vocational Rehabilitation. — Wachington, 1959.

Drotar D. The Treatment of Swere Anxiety Reaction in an Adolescent Roy Vollowing Renal Transplantation // J. Child. Psychiatr. — 1975. — V. 14. — N 3.

Drotar G., Lanofsky M. A., Makker S. Comprehensive Pediatric Management of Swere Emotional Reactions of Children to Dialysis and Transplantation. — Dialys. a. Transplant. — 1979. — V. 8. — N 10.

Dunbar H. F. Emotions and Bodily Changes. — N. Y., 1938.

Dunbar H. F. Psychosomatic Diagnosis. — N. Y., 1943.

Engelhardt K. Der Patient in seiner Krankheiten. — Stuttgart, 1971.

Flannery J. G. Psychosomatic Medicine in a General Hospital: Some Dilemmas // Canad. Med. Ass. J. — 1976. — V. 144.

Frank G. Psychopathologische Befunde für und nach Nieren-transplantation // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1974. — B. 42. — H. 3.

Freyberger H. Psychosomatische Aspekte bei Dialysepatienten mit Berücksichtigung der Feriendialyse und der Dialyse am Kurort // Therapiewoche. — 1979. — B. 29. — H. 10.

Hagberg B., Malguist A. A prospective study of patients in



chronic hemodialysis III. Predictive value of intelligence, cognitive deficit and ego defence structures in rehabilitation // J. Psychosom Res. — 1974. — V. 18 (5).

Hayle Deigh, Morton F. Reiser. The Patient. Biological, Psychological and social Dimensions of Medical Practice. — N. Y. L., 1980.

Heinemann L., Precht K., Thiel V. Psychische Tragen bei der Führung terminal Nierenkranker I. Ergebnisse eines psychosozialen Langzeitstudie bei Dialysepatienten // Psychiatr. Neurol., Med. Psychol. — 1974. — V. 26. — N 9.

Heinemann L., Precht K., Thiel V. Psychische Fragen bei der Führung terminal Nierenkranker. II. Über Reaktionen und psychosoziale Probleme bei Dialysepatienten // Psychiatr., Neurol., Med. Psychol. — 1974. — B. 26. — H. 10.

Henrichs F. E., Waters W. F. Psychological adaptability and reaction to operations on heart // Brit. J. Psychiat. — 1972. — V. 120. — N 8.

Heszen-Klemens J. Posnawcze uwarunkowania zachowania sie wobec wlasnej choroby. — Wrocław, 1979.

Hulek A. Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidow. — Warszawa, 1969.

Jilliffe S. E. Sketches in psychosomatic medicine. — Washington, 1939.

Kielstein R., Kelstern V., Lochhein L. Psychotherapie bei chronischen Hämodialysepatienten // Dt. Gesund. Wes. — 1975. — B.30. — H 45.

Koch V., Muthny F. A., Broda M. Psychotherapeutische Hilfe bei Nierentransplantationen // Therapiewoche. — 1981. — V. 30. — N 7.

Kreibich C. Handbuch der Hout und Geschl. — Berlin, 1928.

Lipowski Z. J. Psychosocial reactions to physical illness // Can. Med. Assoc. J. — 1983. — V. 128.

Lipowski Z. J. What does the word «psychosomatic» really mean? A historical and semantic inquiry // Psychosom. Med. — 1984. — V. 46. — № 2.

Mubry T., Acchlaro S. R., Trapp G. Psychological Aspects of Dialysis from the Personal Viewpoint // Dialys. a. Transplant. — 1977. — V. 6. — № 11.

Müller D., Raspel E., Schultz J. Psychosozial Aspekte der prädialytischen Phase bei der Betreuung prospektiver Dialysepatienten // Z. Urol. Neurol. — 1980. — B. 73. — H 11.

Parbrook J. D., Dalrymple D. J. Correlations between after operation pains and exacerbations and personality traits // J. Psychosom. Res. — 1973. — V. 17 (4).

Pollock G. H. The psychosomatic specificity concept // Бессознательное. Природа, функции, методы исследования. — Тбилиси. 1978. — Т. 2.

Pollock G. H. Recent studies of the psychosomatic specificity concept // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. — Тбилиси, 1978. — Т. 2.

Pritchard M. Meaning of Illness and Patient's Response to Long Term Haemodialysis // J. Psychosom. — 1974. — V. 18. — N 6.

Schuhlmeyer M. Neurodermitis und Psyche. — Stuttgart, 1977.



Short M. J., Wilson W. P. Roles of denial in chronic hemodialysis // Arch. gen. Psychiatr. — 1969. — V. 20. — N 4.

Scott D. L. Psychiatric problems of hemodialysis: their treatment by hypnosis // Brit. J. Psychiatr. — 1973. — V. 122. — N 566.

Segers M., Graulich P. Relation bioclinique dans un groupe de coronariens // J. Psychosom. Res. — 1974. — V. 18. — N 5.

Smith E. C., Mahurkar S. D., Mamdani B. H. Diagnosing Dialysis Dementia. — Dialys. a. Transplant. — 1978. — v. 7. — N 12.

Vondráček V., Dobias J. Lékarská psychologie. — Praha, 1969.

Williams D. Management of atopic dermatitis in children control of the material rejection factor // Arch. of Dermat. and Syph. — 1951. — N 63.

Wittkower E. D., Warnes H. Historical survey of psychosomatic medicine // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. — Тбилиси, 1978. — Т. 2.

Woodhead B. The psychological aspects of allergic skin reactions in childhood // Arch. Dis. Child. — 1946. — N 21.

Wright G., Sand P., Livingston G. Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure // Ann. Intern. Med. — 1966. — V. 66. — N 3.



# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	3
<b>Глава I</b>	
<b>ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ . . . . .</b>	
§ 1. Психосоматический подход в медицине . . . . .	
§ 2. Основные принципы психологического анализа изменений психики у больных хроническими соматическими заболеваниями . . . . .	
<b>Глава II</b>	
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ . . . . .</b>	
§ 1. Из истории изучения проблемы . . . . .	
§ 2. Характеристика познавательной деятельности больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) . . . . .	
§ 3. Особенности познавательной деятельности больных портальной гипертензией . . . . .	50
<b>Глава III</b>	
<b>ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ . . . . .</b>	69
§ 1. О понятии «внутренняя картина болезни» . . . . .	69
§ 2. Состояние вопроса в психологической литературе . . . . .	81
§ 3. Влияние ситуации сложного лечения на динамику внутренней картины болезни . . . . .	83
§ 4. Влияние косметического дефекта на структуру внутренней картины болезни . . . . .	104
<b>Глава IV</b>	
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ . . . . .</b>	118
§ 1. Изменения мотивации деятельности у больных хроническими заболеваниями . . . . .	120
§ 2. Особенности временной ориентации мотивационной сферы у больных . . . . .	134
§ 3. Некоторые особенности личности подростков, страдающих тяжелым соматическим заболеванием . . . . .	139
Заключение . . . . .	151
Литература . . . . .	155



ОЛЕЗ.

изме-  
чески-

ОСТИ

боль-  
стью

ных

50

ЧЕ-

69

69

81

ику

83

иу-

104

Е-

118

о-

120

й

134

139

151

155

БИБЛИОТЕКА ЖИГ-2



0 980811 274914



Цена 55 к.

19-80

